FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 16

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1907 à 1 heure.*

**Par J.-S.-Fernand BLANCHARD**

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 12 décembre 1879

DE LA

# TORSION DU PÉDICULE

DES

## FIBROMES UTÉRINS SOUS-SÉREUX

## PENDANT LA GROSSESSE

*Président :* M. PINARD, *professeur.*

*Juges :* MM. BRISSAUD et ROGER, *professeurs.*
COUVELAIRE, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26 rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

16

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1907 à 1 heure.*

Par J.-S.-Fernand BLANCHARD

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 12 décembre 1879

DE LA

# TORSION DU PÉDICULE

DES

## FIBROMES UTÉRINS SOUS-SÉREUX

## PENDANT LA GROSSESSE

*Président :* M. PINARD, *professeur.*

*Juges :* MM. BRISSAUD et ROGER, *professeurs.*
COUVELAIRE, *agrégé.*

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26 rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie générale | GAUTIER. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | DEJERINE. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | QUENU. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | G. BALLET. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. BERGER. RECLUS. SECOND. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | PINARD. BAR. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fern.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL (chef des trav. anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de sincère affection et de profonde reconnaissance.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES :

MM. LES PROFESSEURS DE L'ECOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

MM. LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A M. LE Dr A. GROSSE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE PARIS
PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse et ne ménagea ni son temps ni sa peine pour nous guider dans son exécution et nous permettre par ses conseils de la conduire à bonne fin.*

A Monsieur le Professeur PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE PARIS
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

*Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. C'est un honneur dont nous ressentons vivement tout le prix et dont nous le prions d'agréer nos respectueux remerciements.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553013_0063

# INTRODUCTION

Les fibromes gravidiques ont été étudiés en détail depuis quelques années ; leur traitement surtout a donné lieu à des travaux intéressants. Cependant les fibromes à pédicule tordu pendant la grossesse constituent une question particulière encore peu connue jusqu'ici.

La première observation, parue en juillet 1874 dans l' *Edinburgh medical Journal*, appartient à Cappie. La malade mourut après avoir présenté des symptômes péritoniques graves, et seulement à l'autopsie on reconnut la torsion cause des accidents.

Ce cas passa inaperçu et ce ne fut qu'en 1901 que M. Maygrier produisit à la *Société d'obstétrique de Paris* la seconde observation relative à cette complication de la grossesse.

Quelques mois après, M. Routier ayant eu l'occasion d'intervenir chez une femme enceinte également pour un fibrome pédiculé tordu, énonça son observation au cours d'une discussion engagée à la *Société d'obstétrique de gynécologie et de pædiatrie* (séance du 14 mars

1904) à propos d'une communication faite à cette Société par MM. Ribemont-Dessaignes et Grosse qui apportaient un nouveau cas.

Le travail de MM. Lepage et Mouchotte présenté à la *Société d'obstétrique de gynécologie et de pædiatrie* en janvier 1906 est le premier travail d'ensemble paru sur la question.

A la suite de cette communication, M. David, interne de M. Peyrot à Lariboisière, publia dans la *Semaine Gynécologique* du 6 mars 1906 un nouveau cas observé dans le service de son maître, et dans lequel avant l'opération on avait pensé à une grossesse extra-utérine.

Vient ensuite la thèse de Berniolle (Paris 1906), inspirée par M. Lepage, où l'auteur a réuni toutes les observations publiées jusqu'à cette époque sur les cas de fibromes à pédicule tordu tant en dehors que pendant la grossesse.

Avant l'apparition de ce travail nous avions songé déjà, sur les conseils de notre maître et ami le docteur Grosse, à propos d'un nouveau cas qu'il venait d'observer avec le Pr Malherbe, à choisir comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude de la torsion au cours de la grossesse du pédicule des fibromes sous-péritonéaux.

Bien que portant en partie sur le même sujet que la thèse de Berniolle nous avons néanmoins continué cette étude déjà commencée. Elle diffère du travail précédent en ce que nous envisageons uniquement les accidents de torsion au cours de la grossesse alors que Berniolle, effleurant rapidement cette question, insiste

surtout sur la torsion en dehors de l'état gravidique.

L'observation de MM. Malherbe et Grosse porte à sept le nombre des cas connus. Étant donné que la torsion des fibromes pédiculés sous-séreux est loin d'être absolument exceptionnelle en dehors de la grossesse, on est frappé du petit nombre des observations publiées sur la question. Or s'il est exact que la grossesse favorise la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, elle doit aussi favoriser celle du pédicule des fibromes ; c'est pourquoi nous croyons avec David « que la rareté de l'affection n'est point seule responsable de la pénurie d'observations et qu'il y a lieu de penser qu'un certain nombre de cas sont passés inaperçus ou n'ont pas été publiés ».

Il est donc probable que les observations se multiplieront à mesure que l'affection et les accidents qu'elle suscite seront mieux connus.

## CHAPITRE PREMIER

### CAUSES DE LA TORSION

Avant d'aborder l'étude des causes prédisposantes et occasionnelles de la torsion du pédicule des fibromes utérins sous-séreux au cours de la grossesse, nous attirerons d'abord l'attention sur le fait suivant : cet accident survient presque exclusivement chez les primipares âgées.

Que l'on se reporte aux observations réunies par nous à la fin de ce travail, les seules à notre connaissance publiées sur la question, et l'on sera frappé de cette constance. En effet, si l'on met à part le cas de Cappie qui est muet à ce sujet, sur les six cas qui nous restent, tous ont trait à des femmes à un âge déjà avancé de leur vie génitale. La malade de Maygrier a 30 ans celle de Routier, 26 ans, les opérées de Ribemont-Dessaignes et Grosse, de David, de Lepage et Mouchotte, de Malherbe et Grosse, ont chacune respectivement 32, 26, 28 et 38 ans.

Une seule d'entre ces malades est signalée comme

n'étant pas primipare ; c'est celle de Malherbe et Grosse qui était secondipare, encore convient-il de remarquer que cette femme ne se maria qu'à 32 ans, eut son premier enfant environ un an après, puis resta ensuite près de cinq ans sans être à nouveau fécondée.

Cette presque constance de la primiparité âgée chez les femmes ayant présenté des accidents de torsion de fibrome au cours de leur gestation n'a rien à la vérité qui doive nous surprendre, les fibromes utérins étant assez exceptionnels avant la trentaine et si fréquents après cet âge que Bayle a pu prétendre qu'un cinquième des femmes présentent des corps fibreux après 35 ans.

D'autre part le même Bayle écrivait dès 1813 : « Les femmes qui étant mariées n'ont pas d'enfants et celles qui n'en ont qu'un ou deux sont plus exposées à avoir des corps fibreux de la matrice que celles qui en ont eu un plus grand nombre ; de sorte qu'il paraît, d'après le résultat de nos recherches, que la matrice est plus disposée à la production des corps fibreux lorsqu'elle n'est pas modifiée par la grossesse, que lorsqu'elle est à diverses reprises distendue par le produit de conception. »

Treub confirme de son observation la manière de voir de Bayle : « Le manque ou la cessation précoce de tout processus de la reproduction favorise la production des fibromes et en est même le facteur le plus important... » L'éminent professeur d'Amsterdam explique ce fait d'une façon si primesautière et si originale qu'il mérite d'être cité en entier :

« Nous autres Hollandais nous avons la réputation

d'avoir des maisons extrêmement propres, et je crois qu'elle est méritée. La cause doit en être recherchée dans l'usage national d'un grand nettoyage annuel, nonobstant les nettoyages réguliers journaliers, hebdomadaires et autres. Ce grand nettoyage, délice des ménagères et horreur de la gent masculine, balaye la poussière accumulée dans les coins et enlève les toiles d'araignées oubliées.

« Que l'on me pardonne ces comparaisons très pot-au-feu, mais j'ose dire que pour l'utérus, les choses se passent de la même manière. Le nettoyage superficiel mensuel débarrasse la matrice d'une faible partie de la muqueuse et par cela peut diminuer le danger du cancer. Mais pour diminuer ce danger d'une manière efficace, il faut le grand nettoyage, le déblayage donné par les suites de l'accouchement. Ce nettoyage sur une grande échelle se fait sentir quoique d'une autre manière, dans la paroi musculaire aussi et sur ce qu'elle contient d'éléments tant normaux que pathologiques. C'est là, en peu de mots, l'explication de la partie essentielle du rapport qui existe entre la fécondité amoindrie et les fibromes (1). »

A l'appui de cette opinion M. le professeur Pinard vient apporter la précision et l'éloquence des chiffres. Voici la statistique qu'il publie, dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de janvier 1905 :

1. F. Treub. Fécondité et fibromes utérins. Cité par le Professeur Pinard in *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1905, p. 11.

Sur 21.891 femmes accouchées à la Clinique Baudelocque du 1er janvier 1895 au 31 décembre 1904, 171 femmes étaient atteintes de fibromyomes de l'utérus.

De ces 171 femmes : 94 étaient primipares
— 77 étaient pluripares

De ces 94 primipares 80 avaient 30 ans et plus
— 13 étaient âgées de 25 ans et plus.

Les chiffres de ce tableau concernent les cas de fertilisation tardive ou de stérilité primitive. Voici maintenant ceux ayant trait à la « stérilité secondaire » c'est-à-dire celle concernant les femmes qui après avoir eu une ou plusieurs grossesses sont demeurées ensuite stériles pendant un temps plus ou moins long de l'activité génésique :

Sur 68 femmes opérées de 1893 à 1904 à la Clinique Baudelocque pour fibromes utérins on compte :

27 femmes nullipares ;

41 femmes ayant eu des grossesses.

Ces 41 femmes se répartissent comme il suit :

18 n'ont eu qu'une seule grossesse ;

14 ont eu deux grossesses ;

9 plus de deux grossesses.

Pour ce qui concerne l'âge, sur ces 68 femmes :

Une seule n'avait pas 30 ans, elle était âgée de 29 ans et avait eu sa première grossesse à 27 ans ;

6 avaient dépassé 50 ans ;

26 avaient de 30 à 40 ans ;

35 avaient de 40 à 50 ans.

Chez les 41 femmes ayant eu des grossesses :

25 n'avaient pas eu de grossesse depuis quinze ans ;

30 n'avaient pas eu de grossesse depuis plus de dix ans.

On comprend qu'avec de tels chiffres l'auteur de ces statistiques ait pu poser cet aphorisme : « Quand dans une salle de travail vous vous trouvez en présence d'une primipare âgée, cherchez le fibrome » et professer avec conviction que « la fertilisation tardive et la stérilité secondaire sont facteurs étiologiques des fibromes utérins. »

Rien de surprenant par conséquent que ce soit chez ces femmes que l'on observera les accidents des fibromes gravidiques et, en ce qui nous occupe particulièrement, les accidents de torsion.

Mais s'il découle de ce qui précède que les fibromes gravidiques sont relativement assez fréquents, on est surpris du petit nombre d'observations relatives aux accidents de torsion de ces tumeurs. L'étude assez récente de ces accidents encore mal connus il y a peu d'années ne suffisant pas à expliquer cette pénurie, il faut donc bien conclure à la rareté réelle de ce phénomène pathologique. Ce peu de fréquence s'explique bien du reste en partie si l'on songe que pour avoir la posibilité de se tordre un fibrome utérin doit présenter certains caractères anatomo-pathologiques particuliers constituant en quelque sorte les **causes prédisposantes de la torsion.**

Ces phénomènes de torsion s'observent presque exclusivement avec les fibromes sous-séreux pédiculés. Ce n'est que beaucoup plus exceptionnellement que l'on a vu des fibromes interstitiels donner lieu à cet accident.

Sur les 26 observations recueillis par Berniolle de fibromes tordus en dehors de la grossesse, on n'en rencontre que deux cas (observations de Friedel Pick et de Imbert et Tédenat) dans lesquels le pédicule était constitué par l'utérus lui-même élongé.

Il est facile de comprendre que la *gracilité du pédicule* du fibrome et sa longueur sont autant de conditions qui en augmentant la mobilité de la tumeur et son indépendance, favorisent par là même la possibilité de la torsion.

Notons cependant en passant que cette gracilité et cette longueur ne semblent pas avoir pour les fibromes utérins qui se présentent fréquemment avec des pédicules longs de moins de trois centimètres et d'un volume supérieur à un doigt, l'importance qu'elles ont pour les kystes de l'ovaire à pédicule tordu, où elles sont la règle.

Quant aux *adhérences* signalées par Rokitansky, Frœdel et Picini, comme pouvant par leurs tiraillements en un point limité favoriser la rotation, leur rôle est loin d'être démontré.

Olshausen pense au contraire qu'elles empêchent la torsion et Baron fait observer avec infiniment de raison que les adhérences constatées au cours de l'opération sont le plus souvent récentes et consécutives aux phénomènes d'irritation péritonéale déterminée par la torsion elle-même.

La *situation* du fibrome, le *lieu d'insertion* de son pédicule ont une certaine importance. Ce sont surtout les tumeurs fibreuses insérées sur le fond, les cornes et

les bords latéraux de la matrice qui sont exposés aux accidents de torsion de leur pédicule.

Sur les vingt-six observations de fibromes à pédicule tordu en dehors de la grossesse, réunies dans la thèse de Berniolle, huit ont trait à des fibromes du fond de l'utérus, neuf se rapportent à des tumeurs des cornes utérines (six fois à gauche et trois fois à droite), huit observations ne contiennent pas de renseignements à cet égard et enfin une fois seulement nous voyons le pédicule inséré à la face postérieure de l'utérus.

Dans les sept observations de fibromyomes à pédicule tordu au cours de la grossesse auxquelles on pourra se reporter à la fin de cette étude, trois fois l'implantation du pédicule siégeait à la corne utérine (obs. I, VI et IV), une fois sur le fond (obs. III), une fois sur le bord latéral droit (obs. II). Enfin deux fois le siège de l'insertion du pédicule n'est pas mentionné.

Une remarque a été faite à ce sujet par Ersilio Ferroni. Selon cet auteur, lorsque l'insertion pédiculaire siège en dehors des lieux d'élection précités, il se produirait au lieu de la simple torsion de la tumeur une rotation axiale de l'utérus. L'observation de Lepage, d'un utérus gravide fibromateux que nous reproduisons plus loin (obs. VIII), semblerait confirmer cette manière de voir. La surface d'implantation du pédicule très large était en effet placée à la face antérieure de la matrice.

Une dernière condition anatomo-pathologique semble prédisposer à la torsion des fibromes au cours de la grossesse : c'est leur *petit volume*. A la lecture de

nos observations il est facile de constater en effet que leur grosseur varie d'une mandarine à celui d'une orange ou du poing (observ. II, IV, VI, VII et VIII), et que ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle atteint le volume de trois poings où le poids de 3.350 grammes (observ. III et V). D'une façon générale, les fibromes tordus en dehors de la gravidité semblent avoir un volume plus considérable.

Les accidents de torsion du pédicule des fibromes pendant la grossesse se produisent sous l'influence de causes occasionnelles diverses que l'on peut diviser en deux catégories suivant qu'elles sont ou non spéciales à la gravidité.

Parmi les causes déterminantes pouvant exister aussi bien en dehors que pendant la grossesse, on a accusé d'abord les *déplacements imprimés à la tumeur par le palper abdominal et les mouvements de la femme.* Tel le cas rapporté par Kœberlé : « Il s'agissait d'une femme de trente ans portant à gauche, dans l'excavation, une tumeur reconnue être un fibrome par le Professeur Stoltz et qui dès le début était susceptible de se déplacer d'un flanc dans l'autre. La tumeur tournait parfois sur son axe sous l'influence d'une pression latérale ou même du simple décubitus dorsal ; le ventre devenait alors proéminent et la tumeur occasionnait à la malade des douleurs intenses qui ne cessaient que lorsqu'elle avait repris sa position naturelle. »

L'opération avait confirmé le diagnostic de fibrome pédiculé de l'utérus libre d'adhérences.

La torsion du pédicule du fibrome peut-elle se pro-

duire à l'occasion d'un examen de la malade ? Ce fait constaté pour les kystes de l'ovaire est à la rigueur possible pour un fibrome à pédicule allongé et grêle ; il ne doit néanmoins être admis qu'avec réserve, les fibromes pédiculés étant loin en général de posséder la mobilité des tumeurs ovariennes.

Les *alternatives de réplétion et de déplétion du rectum et de la vessie* peuvent, en provoquant des déplacements de l'utérus et du fibrome, favoriser la torsion du pédicule de la tumeur. Toutefois le rôle de la vessie et du rectum à ce point de vue semble moindre que celui de l'intestin grêle dont la masse toujours en mouvement agit constamment sur la tumeur, soit en la refoulant, ou, s'il existe des adhérences entre l'utérus et l'intestin, en l'attirant directement, soit en créant près de la tumeur par le déplacement des anses grêles un espace libre dans lequel elle sera sollicitée à tomber.

Quoi qu'il en soit de ces causes déterminantes de la torsion pour ainsi dire extrinsèques à la tumeur, d'autres en quelque sorte intrinsèques à cette dernière semblent également pouvoir jouer un rôle.

Tel est d'abord celui relatif à *l'accroissement inégal du fibrome.* Vercoutre, dès 1879, l'avait mis en lumière. Son étude a été reprise par Teissier (Th. de Paris, 1902) et par Bernard (Th. de Bordeaux, 1903.)

Soit en effet une tumeur volumineuse à peu près ovoïde portée par un pédicule grêle. Qu'une partie de cette tumeur prolifère plus activement et devienne la masse principale, le centre de gravité du fibrome tendra à se déplacer et à basculer. Si la tumeur est lisse

et sans adhérences, ce déplacement du centre de gravité pourra avoir pour conséquence un mouvement de torsion du fibrome sur lui-même, mouvement s'opérant dans la limite où le permettront les organes voisins.

De la même façon pourra également agir la *production d'une seconde tumeur adjacente à la première*. Cette coexistence, qu'il s'agisse d'un second fibromyome, d'un kyste de l'ovaire ou même, comme nous le verrons plus loin, d'un utérus gravide, semble pouvoir en effet non seulement faciliter, mais même produire la torsion.

Vercoutre, Picini, Mouls et Planque ne le mettent point en doute et l'on peut en effet concevoir que le développement d'une tumeur adjacente à un fibrome pédiculé puisse donner lieu au déplacement de ce fibrome et même lui imprimer un mouvement de rotation. Le fibrome tournerait alors soit comme une boule que l'on chasse entre les doigts et une table, soit comme la tête fœtale qui s'adapte à la filière qu'elle doit traverser. Telle l'observation de Delaunay dans laquelle on voit un kyste de l'ovaire sis en dessous et en arrière de la tumeur fibreuse déterminer sa torsion.

A défaut de tumeur adjacente venant modifier ses conditions de statique, l'*accroissement et l'augmentation de volume* d'un fibrome pédiculé peut, dans certains cas, suffire à forcer la tumeur à tourner. Le mécanisme peut alors différer selon les cas. L'augmentation de volume du fibrome entraîne son déplacement et son ascension vers l'abdomen; dans ce mouvement une portion de la tumeur supérieure peut provoquer la

bascule du fibrome et la torsion de son pédicule. D'autres fois la pathogénie de la torsion par augmentation de volume de la tumeur sera un peu différente. Par le fait de son développement seul, une tumeur peut être obligée de tourner non seulement pour son adaptation, mais aussi parce qu'une bride attache une partie de sa périphérie à un point fixe.

*L'augmentation de volume du fibrome pendant la grossesse* est une conséquence de l'hypertrophie générale que subit l'utérus gravide. Aussi à ce titre cette hypertrophie mérite-t-elle d'être placée au premier rang des causes de la torsion des fibromes pédiculés particulières à la grossesse.

Presque au même rang comme importance doit être mis aussi le *déplacement de l'utérus et du fibrome nécessité par l'accroissement de l'œuf.* C'est que de même que le fibrome qui augmente de volume et perd droit de domicile dans le petit bassin est exposé à tourner sous différentes influences dans la cavité abdominale, de même le fibrome qui est porté en haut du fait qu'il suit l'ascension de l'utérus est exposé au même accident.

On peut dire au reste que ces deux causes particulières à la grossesse, augmentation de volume de l'utérus et du fibrome, déplacement de la matrice et de sa tumeur, permettent d'une façon générale aux causes habituelles de la torsion d'agir avec plus d'efficacité qu'en dehors de l'état gravide. La plus grande liberté du fibrome dans l'abdomen lui permettra de subir plus facilement l'influence des mouvements brusques de la femme

et peut-être du palper abdominal que les examens obstétricaux viendront souvent encore multiplier.

L'état gravide de l'utérus en élevant la tumeur dans le grand bassin permettra aux intestins d'agir davantage par leur péristaltisme. « A ce moment, dit J. Macé, la tumeur comprime les viscères abdominaux, c'est-à-dire l'intestin grêle qui se place entre la tumeur et la paroi pelvienne ; l'intestin est toujours en mouvement : sa vacuité et sa réplétion ont alors une plus grande influence sur la tumeur plus facilement mobilisable. »

Si maintenant nous faisons dans les observations de fibromes sous-séreux tordus au cours de la grossesse, le relevé des époques où se produisirent les phénomènes de la torsion nous avons les résultats suivants : une fois la torsion, s'est produite au troisième mois, dans le cas de David ; deux fois au quatrième (observation de Cappie et de Ribemont-Dessaignes et Grosse). deux fois aux cours du septième (cas de Maygrier et de Malherbe et Grosse). Enfin chez la malade de Lepage et Mouchotte, l'accident se répète successivement au cours du troisième et du quatrième mois. C'est donc, en définitive *entre le troisième et le sixième mois* que cette complication est principalement susceptible de se produire, c'est-à-dire à l'époque du plus grand accroissement de l'utérus et au moment où il s'élève du bassin dans l'abdomen. Les changements de situation, les déplacements auxquels est alors soumis le fibrome le mettent dans une sorte d'équilibre instable, et la torsion de son pédicule peut se produire avec la plus grande facilité sous l'influence d'une des causes occasion-

nelles que nous avons précédemment énumérées.

L'inclinaison latérale de l'utérus, la torsion légère de son axe, habituelle à partir de cette époque de la grossesse, sont également des causes qui prédisposent à ce moment d'une façon particulière aux déplacements de la tumeur et à la torsion de son pédicule.

## CHAPITRE II

### DEGRÉ, SENS DE LA TORSION.

Le pédicule des fibromes gravidiques essentiellement constitué par un prolongement de tissu utérin qu'engaine la séreuse péritonéale et auquel s'ajoute des vaisseaux, des lymphatiques et peut-être même des nerfs ne subit pas dans tous les cas un égal degré de torsion.

Parfois cette dernière est très légère; ce qui domine alors, c'est moins la torsion du pédicule du fibrome que son étirement. C'est ce qui a lieu lorsque le fibrome entraîné par son poids ou par la pression d'un organe voisin tire violemment sur son pédicule. Tel aussi le cas où un fibrome réniforme à pédicule court, inséré au niveau du hile vient reposer par ses deux extrémités sur l'utérus (observ. IV.) ; si au cours de la grossesse le pédicule du fibrome n'offre pas un accroissement parallèle au développement des extrémités de la tumeur, il devra subir une élongation forcée et se trouvera fortement tiraillé.

Parfois la torsion sera plus accentuée et pourra pré-

senter trois quarts de spire (observ. III.), un tour presque complet (observ. V.), et aller même jusqu'à un tour et demi (observ. I).

Il est à remarquer que dans les observations de fibromes pédiculés au cours de la gestation, jamais la torsion n'a atteint un degré aussi considérable que celui rencontré dans les fibromes utérins tordus en dehors de la grossesse où par exemple dans le cas de Ferrand rapporté par Bernard (Thèse de Bordeaux, 1903) la torsion était de sept tours de spire. Il est vrai que dans ce cas particulier le pédicule était grêle et mesurait dix centimètres.

Or, dans les observations de fibromes gravidiques tordus publiées jusqu'ici, toujours on a noté des pédicules courts et épais et des fibromes presque sessiles.

Les pédicules les plus grêles appartenant aux malades de Cappie et de David, avaient encore la grosseur du petit doigt et c'est précisément chez ces malades qu'ils ont présenté le maximum de torsion.

L'opérée de Ribemont-Dessaignes et Grosse avait un pédicule du diamètre d'une pièce de deux francs et dans les cas de Maygrier, de Lepage et Mouchotte, et de Malherbe et Grosse il s'agissait de fibromes presque sessiles à pédicule large et court. C'est précisément dans les observations de ces derniers auteurs, qu'on avait affaire à une torsion légère.

La faible longueur et l'épaississement du pédicule peut parfois empêcher la torsion de la tumeur de se faire à son niveau. L'utérus lui-même est alors entraîné et subit une véritable torsion.

Nos observations VIII et IX, dues la première à Lepage, la seconde à Ivanoff sont des exemples typiques de cette complication au cours de la grossesse. Ils sont du reste les seuls cas publiés de ce phénomène pendant la gestation. Il s'agissait de fibromes possédant un pédicule trop large pour se tordre facilement et c'est l'utérus qu'ils avaient entraîné dans leur mouvement de rotation. Chez la malade de M. Lepage il n'y avait pas seulement le déplacement presque normal de gauche à droite qu'on observe habituellement chez l'utérus gravide, mais une véritable torsion qui rendait antérieure la partie latérale gauche de l'utérus. La torsion utérine s'était donc produite dans le sens des aiguilles d'une montre. Chez la malade du Professeur Ivanoff la rotation s'était effectuée dans le sens opposé.

Nous rappelerons à ce propos, que le sens de la rotation est indiqué par le déplacement de la partie antérieure de la tumeur. Rotation de gauche à droite signifie donc que la face antérieure de la tumeur s'est déplacée de gauche à droite tandis que la face postérieure a subi un mouvement inverse de droite à gauche.

C'est dans ce sens, *sens des aiguilles d'une montre*, que se tordent le pédicule des fibromes sous-séreux au cours de la grossesse. Il suffit pour être frappé de cette constance de jeter les yeux sur les observations que nous avons réunies à la fin de ce travail. Dans tous les cas la rotation s'est produite dans ce sens (1). En cela

1. L'observation IV (Ribemond-Dessaignes et Grosse), omet de mentionner le sens où s'était faite la torsion. M. Grosse à

du reste la torsion ne fait que suivre la règle observée par les fibromes pédiculés en dehors de la grossesse et parmi lesquels sur les vingt-six observations recueillies par Berniolle vingt-trois avaient subi cette loi.

Par là, la torsion du pédicule des fibromes diffère diamétralement de celui des hydrosalpinx qui pendant la grossesse se tord en sens inverse des aiguilles d'une montre alors que la rotation se fait dans le sens des aiguilles d'une montre en dehors de tout état gravide de l'utérus.

Pour ce qui concerne les kystes de l'ovaire, les observations de kystes tordus pendant la gestation manquent trop souvent de noter le sens de la torsion pour qu'il soit possible d'appliquer la même remarque. Cependant sur les trois cas rapportés par Tessier dans sa thèse (Paris 1902) où ce renseignement avait été fourni, deux fois la torsion se produisit dans le sens sus-indiqué, c'est-à-dire dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Il existe du reste une autre différence digne de remarque entre la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et des hydrosalpinx et celle du pédicule des fibromes. Ces derniers ne subissent jamais une rotation aussi considérable. Alors que la torsion d'un tour et demi de spire est déjà énorme pour le pédicule d'un fibromyome, deux tours constituent le cas le plus ordinaire pour les

qui nous avons demandé ce renseignement nous a dit se souvenir que la rotation avait eu lieu dans le sens des aiguilles d'une montre.

kystes et les hydrosalpinx ; les observations de triple, de quadruple et même de quintuple rotation quoique plus rares se rencontrent cependant. Cela tient à la plus grande longueur et à la plus grande gracilité du pédicule des tumeurs ovariennes, à la liberté plus considérable dont elles jouissent du fait de leur situation et de leur insertion sur le ligament large lui-même mobile, tandis que le fibrome à pédicule court et trapu ne saurait se prêter à de semblables tiraillements.

## CHAPITRE III

### MODIFICATIONS ET ALTÉRATIONS DU FIBROME DUES A LA TORSION DE SON PÉDICULE

Il est facile de concevoir que la torsion du pédicule d'une tumeur fibreuse en déterminant une oblitération plus ou moins complète des vaisseaux qui alimentent le néoplasme n'est pas sans amener des modifications dans sa structure.

Les veines du pédicule doivent à leur situation superficielle et à la souplesse de leur paroi de subir les premières une oblitération partielle ou totale. Les artères plus centrales et munies de parois plus résistantes restent au contraire plus longtemps perméables. La voie d'apport sanguin persistant tandis que la circulation de retour est supprimée amène un accroissement considérable de la tension sanguine à l'intérieur du néoplasme lui créant de nouveaux caractères anatomo-pathologiques : il s'*œdématie*.

Or, déjà lié à l'utérus et composé des mêmes éléments histologiques, le fibrome a participé pendant la gros-

sesse aux transformations profondes provoquées au niveau de cet organe par son état de gravidité. Devenus de ce fait le siège d'une circulation intensive les éléments conjonctivo-musculaires constituant la trame de la tumeur ont pris un rapide développement. A cette hypertrophie est venue se joindre une véritable néoformation cellulaire et sous l'influence de la congestion utérine gravidique une abondante exsudation colloïde s'est accumulée entre les faisceaux musculo-conjonctifs du fibrome lui communiquant un aspect œdémateux spécial.

Que le pédicule d'un fibromyome déjà ainsi modifié et augmenté de volume du fait de la grossesse vienne à se tordre, on comprendra sans peine que les phénomènes d'œdème déjà existant se présenteront à leur maximum, ou en tous cas seront plus considérables que ceux existant dans les fibromes tordus en dehors de la gestation.

C'est alors que sous l'influence de la stase veineuse le fibrome perd encore davantage sa consistance résistante et peut dans certains cas donner l'illusion d'une véritable fluctuation. Rien d'étonnant alors que la confusion ait pu être faite (observ. III et V) avec un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Cet œdème n'est pas du reste la seule altération pathologique pouvant résulter de l'oblitération vasculaire due à la torsion du pédicule. Si les veines à son niveau viennent à s'oblitérer soit graduellement soit brusquement, on pourra observer la *thrombose* ou l'*apoplexie* du fibrome. Il se produit là un phénomène analogue à

celui observé dans les kystes de l'ovaire ou dans les salpingites à pédicule tordu.

A ces modifications de volume et de consistance correspondent des changements dans l'aspect extérieur et la coupe du fibrome.

Sa couleur est rouge foncé avec parfois des placards d'un rouge sale ou brunâtres. Sa surface peut parfois présenter des arborisations vasculaires nombreuses.

A la coupe la tumeur ne crie pas sous le scalpel et sa surface de section laisse sourdre un sang noirâtre au raclage. On peut y délimiter généralement trois zones assez distinctes :

1° Une zone périphérique ou corticale constituée par la séreuse péritonéale.

2° Une zone moyenne où se retrouvent au maximum les lésions résultant de la thrombose des veines du pédicule. C'est la zone des infarctus à laquelle son aspect a fait encore donner le nom de zone truffée. Là se rencontrent les géodes ou lacs sanguins de Cruvelhier remplis de sérosités plus ou moins foncées. A ce niveau l'invasion sanguine a remanié l'aspect extérieur des faisceaux conjonctifs et des fibres musculaires lisses. Ils ne sont plus en tourbillons mais déjetés, comprimés et fortement pigmentés.

3° Enfin la zone centrale se rapproche de la structure habituelle des fibromyomes.

L'apoplexie myomateuse peut aller dans certains cas jusqu'à produire le *sphacèle* de la tumeur. La malade de Cappie mourut de péritonite secondaire au sphacèle de son fibrome que l'autopsie montra noirâtre et

gangreneux. A la coupe de la tumeur de l'opérée de Ribemont-Dessaignes et Grosse, on constata une zone ramollie de couleur foncée et offrant tous les caractères d'un néoplasme en voie de nécrose.

Ces mortifications ne sont pas constantes et ne sont en tous cas jamais aussi considérables et aussi rapides que celles survenant aux kystes de l'ovaire à pédicule tordu. Cette rareté et l'importance moindre des désordres paraissent devoir être imputées à la résistance qu'offre le tissu fibromateux contenu dans le pédicule de la tumeur, qui doit empêcher le plus souvent la torsion de produire un étranglement vasculaire aussi complet que dans les kystes.

En dehors de la grossesse, un fibrome à pédicule tordu, au lieu d'évoluer vers le sphacèle peut subir diverses *dégénérescences*. L'atrophie simple, les dégénérescences graisseuses, sarcomateuses et calcaires ont été signalées. Cette dernière, favorisée par le ralentissement de la circulation d'un sang richement minéralisé au niveau de la tumeur, constituerait même un véritable processus de guérison.

Aucune de ces dégénérescences n'a été observée chez les fibromes gravidiques à pédicule tordu. Cela se conçoit d'ailleurs si l'on songe que c'est là un accident rare et que nous possédons que peu d'observations. En outre l'état gravide de l'utérus par suite des modifications spéciales qu'il fait subir au fibrome, en particulier par la néoformation cellulaire et l'infiltration œdémateuse dont la tumeur est le siège à ce moment, s'oppose par là même à certaines de ces dégénérescences.

Il n'en est pas de même des *adhérences péritonéales*, Cinq fois elles sont signalées dans nos observations. Parfois il n'y a qu'un simple épaississement du péritoine au niveau du fibrome (observ. II), mais le plus souvent ce sont de véritables brides reliant la tumeur à la vessie, à la paroi abdominale, à l'intestin et le plus habituellement à l'épiploon (observ. I, V, VI et VII).

Il est intéressant de remarquer que ces adhérences observées dans les fibromes gravidiques à pédicule tordu sont toujours lâches et peu solides. Elles ne ressemblent pas à celles trouvées ordinairement en dehors de la gravidité et qui sont résistantes et épaisses au point de parfois laisser passer des vaisseaux volumineux partis de l'épiploon et destinés à alimenter le fibrome privé de son irrigation sanguine naturelle par la torsion de son pédicule.

La brusquerie des accidents qui, menaçant d'interrompre la grossesse, forcent la main du chirurgien, fait que l'opérateur tombe sur des adhérences récentes et à peine organisées.

Tout porte à croire que ces brides avec le temps augmenteraient de solidité, pouvant alors créer au chirurgien de réelles difficultés opératoires, ou amener de graves complications.

Cette possibilité est de nature à légitimer encore l'intervention car on peut se demander avec MM. Lepage et Mouchotte ce qui en pareille occurence pourait advenir pendant les suites de couches en admettant, bien entendu, que la grossesse évoluât jusqu'à terme. Lorsque l'utérus débarrassé de son contenu redescen-

drait dans l'abdomen entraînant avec lui le fibrome, n'y aurait-il pas à redouter en effet que la bride péritonéale en se rompant ne donne lieu à une abondante hémorragie interne? Même en supposant que l'épiploon ait assez d'élasticité pour s'allonger d'une manière suffisante, on pourrait craindre que la bride ainsi constituée ne devienne l'origine d'accidents douloureux ou même d'accidents d'étranglement interne.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de ces adhérences. On s'est demandé s'il y avait vraiment infection du péritoine et réaction de la séreuse devant l'infection ou bien s'il ne fallait pas voir là le résultat d'une irritation toute mécanique provoquant des accidents de péritonite adhésive. Terrillon pense que les effets de la torsion du pédicule en retentissant sur la surface du fibrome peuvent déterminer quelques exsudats plastiques.

Il est probable que la vérité est dans une doctrine éclectique : les causes mécaniques d'irritations de la tumeur et les troubles circulaires ne feraient que préparer le terrain aux micro-organismes des cavités septiques voisines. Devant un fait comme celui de Cappie, où la femme mourut de péritonite généralisée, il est impossible de nier le rôle de l'infection.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans dire un mot d'une complication parfois signalée, due à la torsion des fibromes : c'est la *rupture du pédicule*. Elle est, à la vérité, purement hypothétique en ce qui concerne les fibromes utérins gravidiques où jusqu'ici elle n'a jamais été observée. En revanche, la possibilité de

ce phénomène semble bien établie pour les tumeurs fibreuses tordues en dehors de la grossesse. Quoique Virchow ne croit guère à cette éventualité, les auteurs qui disent en avoir vu des exemples sont assez nombreux et assez sérieux pour que l'on puisse admettre cette complication.

Parmi les anciens, Saxonia Panthéi et John Marguadus en citent des observations. Plus récemment Harouel, F. Guyon, Nonat, Rokitansky, Duchemin, Kœberlé, Caternault, Broca, Courty et Fort parlent de cas semblables. Vercoutre a pris pour ainsi dire la nature sur le fait : «... Le pédicule était très aminci, dit-il, et la tumeur presque entièrement calcaire se détacha par une simple traction. »

Le pédicule rompu, qu'advient-il de la tumeur ? De deux choses l'une, ou bien elle a contracté des adhérences et dans ce cas vit en parasite sur un organe voisin, ou bien elle en est dépourvue et devient corps libre du péritoine.

Mais nous le répétons à dessein, ces divers phénomènes n'ont jamais été mentionnés pendant la gestation. Cependant n'est-il pas permis de se demander si la rupture ne pourrait pas se produire au moment de l'involution utérine *post partum* en cas de fibrome à pédicule grêle et fixé haut dans l'abdomen par des brides résistantes.

## CHAPITRE IV

### SYMPTOMATOLOGIE

Il est d'usage de diviser les accidents survenant consécutivement à la torsion du pédicule des fibromes en dehors de la grossesse en torsion lente et en torsion brusque. Cette même distinction peut s'appliquer aux accidents symptomatiques auxquels donne lieu la torsion se déclarant au cours de la gestation.

Pour la commodité de la description nous la conserverons, mais, hâtons-nous de le dire, elle est toute artificielle, toute schématique. C'est ainsi qu'un fibrome ayant présenté d'abord les signes d'une torsion lente et légère peut se tordre ensuite brusquement et violemment ou donner lieu à la forme à poussées successives décrite par Berniolle, réunissant ainsi dans un même cas des formes différentes.

I. — **Torsion lente.** — Avouons tout d'abord qu'il est malaisé d'en établir une description précise et voici pourquoi : tant que la torsion n'entrave pas d'une façon

très marquée la circulation du fibrome, les accidents qu'elle provoque ne présentent rien de bien caractéristique. On ne constate guère qu'une douleur abdominale légère se produisant sous l'influence de la station debout prolongée, de la marche, des mouvements répétés et fatigants occasionnés par le travail et les occupations journalières de la femme, ou bien encore, une sensibilité générale du ventre à la palpation avec un point douloureux correspondant à la place occupée par le fibrome. Ce point est surtout évident lorsque la tumeur très superficielle est perceptible directement sous la paroi abdominale.

Se produit-il au contraire du fait d'une torsion lente un arrêt ou même une gêne un peu marquée de la circulation, nous retombons dans les accidents graves produits par la torsion brusque et nous assistons alors au même tableau clinique.

II. — Torsion brusque. — 1° Symptomes fonctionnels. — Le plus habituellement dans la torsion aiguë, une *douleur abdominale vive* ouvre la scène. Survenant en pleine santé apparente, elle est violente, syncopale et soudaine, « en coup de poignard ». Les malades la comparent à une sensation de déchirement, de tiraillement, d'arrachement des entrailles (obs. VI). D'abord localisée au niveau du fibrome, elle ne tarde pas à s'irradier en différentes directions : vers le creux épigastrique, vers la région lombaire, vers les cuisses, vers la fosse iliaque. Plus tard, elle finit par se généraliser. Cette douleur est spontanée, mais toujours elle est exagérée par la pression locale, le contact des vêtements

et surtout la station debout et la marche, aussi oblige-t-elle les malades à s'aliter immédiatement.

On s'est demandé quelle était la pathogénie de ces phénomènes douloureux. Terrillon les attribue à la présence d'adhérences péritonéales localisées à une partie de l'épiploon, ce qui expliquerait selon lui l'acuité des douleurs, leur aggravation dans la station debout et la marche et leur retentissement sur la région épigastrique. Il se passerait quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans les hernies épiploïques irréductibles, lorsqu'un morceau d'épiploon est engagé et adhérent dans le canal inguinal, dans l'anneau ombilical ou dans une éraillure de la ligne blanche.

Mais les adhérences épiploïques n'ont pas été observées dans tous les cas. Aussi, cette explication ne saurait-elle toujours s'appliquer.

C'est pourquoi on a cherché d'autres causes capables d'interpréter les phénomènes douloureux. Certains auteurs ont cru qu'ils étaient dus à la torsion des nerfs du pédicule, mais si tout le monde admet leur présence dans le pédicule des kystes ovariques, il n'en est pas de même du pédicule des myomes où seul Astruc en a pu observer. En tous cas, nul doute que la douleur soit aussi la conséquence des phénomènes d'irritation péritonéale qui ne tardent pas à s'établir et il est également admissible de penser que dans certains cas des coliques utérines puissent y jouer un certain rôle.

Il est donc rationnel de penser que la douleur due à la torsion du pédicule d'un fibrome peut tenir à des

causes multiples sans qu'on puisse invoquer telle ou telle pour un cas particulier.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, si cette douleur est le premier symptôme en date, il ne reste pas longtemps à l'état de signe isolé et bientôt éclatent des *phénomènes de réaction péritonéale.*

Des *vomissements* se déclarent; d'abord alimentaires, ils ne tardent pas à devenir bilieux, puis porracés. Parfois même ils peuvent revêtir des caractères fécaloïdes sans que pourtant l'intestin soit pris dans la torsion.

Le *facies est grippé*: les yeux sont cernés, le nez s'effile, les traits se tirent, la langue est sèche et l'anorexie complète.

Le *pouls devient fréquent, petit, filiforme.* Souvent sans qu'il y ait de fièvre il atteint 100 ou 120 pulsations. Il existe ainsi une *discordance entre le pouls et la température*, qui, elle, reste normale.

L'état péritonéal se traduit encore par une *augmentation de fréquence de la respiration* devenue plus superficielle et un *météorisme* plus ou moins prononcé.

A quoi attribuer ces symptômes généraux graves ? Le plus souvent ils sont la conséquence de la péritonite concomitante ; mais dans certains cas et toujours au début des accidents la péritonite fait défaut, ainsi qu'en témoigne l'absence de toute élévation thermique. Il s'agit là alors d'un symptôme d'ordre réflexe connu depuis Gübler sous le nom de « péritonisme » et qu'il définit : « l'ensemble des phénomènes graves qui viennent compliquer les lésions des organes tapissés par le péritoine ».

Toute circonstance en effet capable d'émouvoir fortement la sensibilité du péritoine peut devenir une cause de perturbation générale du système nerveux sympathique par l'intermédiaire du plexus solaire : alors on observe le facies grippé, la respiration fréquente, les vomissements, etc.

2° Symptômes physiques. — La simple *inspection* peut d'abord donner quelques renseignements utiles. Elle montrera un ventre tendu et augmenté de volume. Quelquefois la paroi dessinera les contours de la tumeur (observ. IV, VI et VII). Dans notre observation III, le ventre était bilobé, soulevé par deux tumeurs distinctes dont l'une était le fibrome et l'autre l'utérus gravide. D'autres fois, au contraire, on ne constatera qu'une simple voussure (observ. V). L'inspection permettra dans d'autre cas de voir les anses intestinales se dessiner au-dessus de l'utérus dans l'abdomen météorisé (observ. II). Un sillon veineux assez marqué se développe souvent en outre sur la peau de la paroi abdominale.

La *palpation* viendra préciser les renseignements fournis par l'inspection. Grâce à elle on parviendra à délimiter deux tumeurs distinctes : l'une, douée du pouvoir de se contracter et au niveau de laquelle on pourra parfois percevoir les mouvements actifs du fœtus (observ. III), n'est autre que l'utérus gravide ; l'autre, plus ou moins arrondie, plus ou moins mobile, souvent pseudo-fluctuante (observ. VI), quelquefois durcissant au moment des contractions utérines, est constituée par le fibrome.

Il faut dire toutefois que l'exploration manuelle est

souvent loin de donner tous les renseignements qu'on pourrait en espérer. Elle est souvent entravée par la douleur qu'elle provoque et la contraction musculaire de défense qui en est la conséquence ; il existe même parfois une hyperesthésie cutanée telle qu'elle suffit au moindre attouchement à provoquer cette réaction (observ. VI).

La *percussion* peut, dans certains cas, rendre des services en permettant de préciser les limites de la tumeur. Elle doit être faite très légèrement, « en harpant », si l'on veut qu'elle donne des résultats.

Le *toucher* indique quelle est la situation de l'utérus, quelles déviations la tumeur lui a fait subir. Combiné au palper il renseigne d'une façon plus ou moins précise sur les rapports de l'utérus avec le fibrome.

On constate ordinairement que la tumeur et l'utérus sont assez mobiles mais que les mouvements de l'un se transmettent à l'autre et réciproquement.

Le toucher permet encore de trouver l'existence d'un col ramolli.

L'*auscultation* est souvent négative, cependant on peut entendre le bruit du cœur fœtal (observ. III.) et dans l'observation de Lepage et Mouchotte les mouvements actifs du fœtus étaient nettement perçus avec le stéthoscope.

### Évolution et marche des accidents de torsion.

La torsion une fois constituée peut-elle évoluer vers la guérison définitive, en un mot, peut-elle s'atténuer

ou disparaître ou bien être tolérée par l'organisme par une sorte d' « accoutumance » analogue à celle dont parle Bouilly au sujet des kystes de l'ovaire? La chose qui au point de vue théorique paraît possible semblerait prouvée par une observation de Lepage (1).

Il s'agissait d'une primipare de 33 ans portant un utérus fibromateux et qui, au cinquième mois de sa grossesse, présenta des accidents douloureux au niveau de sa tumeur fibreuse. Lepage porta le diagnostic d'utérus fibromateux gravide avec accidents douloureux au niveau d'un fibrome pédiculé, probablement tordu. Sous l'influence de lavements laudanisés, d'applications de glace et du repos prolongé au lit pendant quatre mois, les phénomènes douloureux disparurent et la malade put accoucher à terme.

Il est vrai que l'opération n'ayant pas été pratiquée, il fut impossible de vérifier d'une façon absolue le diagnostic. Il n'en fut pas de même de la malade de notre observation VII, qui fut opérée six jours après que tout phénomène sérieux de torsion du pédicule était calmé et où l'intervention montra nettement la justesse du diagnostic. Or, rien ne prouve que si cette femme eût refusé l'interventien et eût consenti à rester au lit jusqu'à l'époque de son terme, elle n'eût pu mener à bien sa grossesse et voir la cessation des accidents de torsion devenir définitive.

Malheureusement les choses sont loin de toujours se

1. Lepage et Mouchotte. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906, observ. VII, p. 115.

passer ainsi et suivant la judicieuse remarque de M. le Professeur Pinard pour les kystes de l'ovaire, ces accalmies sont souvent « traîtresses ».

Le plus ordinairement, en effet, après plus ou moins de temps, de nouvelles crises apparaissent, se rapprochant de plus en plus et augmentent de gravité et d'acuité à mesure qu'elles se renouvellent.

L'observation de David et surtout celle de Lepage et Mouchotte sont des exemples typiques de cette évolution des accidents.

La malade de David après une crise violente et douloureuse voit le lendemain les phénomènes s'amender si bien que le surlendemain elle peut se rendre à son travail. La cessation des phénomènes douloureux persiste pendant quatre jours puis reprennent avec une intensité plus considérable que la première fois, obligeant la malade à se faire transporter à Lariboisière pour y être opérée.

Quant à la femme observée par MM. Lepage et Mouchotte elle va, elle, jusqu'à présenter cinq crises successives, les deux premières à un mois d'intervalle, la troisième après dix jours d'accalmie et les deux dernières à un jour de distance.

La première crise avait revêtu la symptomatologie de la torsion lente et légère, les douleurs présentant les caractères de simples coliques. Elles étaient assez peu marquées pour que la malade puisse aller elle-même consulter à l'hôpital Cochin et il n'y avait aucun autre symptôme concomitant.

La seconde crise déjà plus douloureuse fut assez

forte pour que la femme fût sur le point d'avoir un étourdissement. Les douleurs s'accrurent avec chaque crise et devinrent atroces si bien que la malade profita de la cinquième accalmie pour se faire opérer.

Qu'adviendrait-il en pareil cas si la femme ne se décidait pas à accepter l'intervention ? Il est hors de doute que les contractions utérines ne tarderaient pas à se réveiller et que l'expulsion prématurée de l'œuf en serait la conséquence. Puis pourraient survenir des accidents de péritonite grave capables d'emporter la malade comme nous en voyons un exemple dans le cas de Cappie.

Un mot avant de terminer ce chapitre, sur la symptomatologie présentée par la *torsion de l'utérus fibromateux gravide lui-même*. Deux seules observations en existent : celle de Lepage et celle du Professeur Nicolas Ivanoff, de la Maternité Impériale de Moscou, aussi est-elle difficile à tracer. Le symptôme le plus net en semble la douleur initiale.

Les cas de torsion de l'utérus due à un fibrome, signalés en dehors de la grossesse, dont vingt-quatre ont été réunis par Ersilio Ferroni, deux par Berniolle et un cas étudié par Homans (de Boston), permettent de dire par analogie que les symptômes cliniques sont sensiblement les mêmes que ceux des fibromes à pédicules tordus.

Cependant deux signes bien mis en lumière par Boursier comme permettant de distinguer cet accident de la simple torsion du pédicule se montrent au cours de la gestation sans valeur. Ce sont l'impossibilité de

pratiquer le catéthérisme de l'utérus et la suppression des règles remplacées par des périodes douloureuses. Or la suppression des règles est le phénomène le plus constant au cours de la gravidité ; quant au catéthérisme de l'utérus, outre qu'il ne doit jamais être pratiqué lorsqu'on soupçonne une grossesse, il ne pourrait fournir qu'un renseignement négatif vu les dimensions que présente alors la cavité cervicale qui permettrait toujours l'introduction facile d'un hystéromètre. Cette manœuvre si elle était faite par erreur serait du reste presque immédiatement suivie de la rupture des membranes de l'œuf et de l'irruption du liquide amniotique.

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic de torsion du pédicule d'un fibrome utérin au cours de la grossesse est loin d'être exempt de difficulté. Il est cependant exagéré de prétendre avec Schwartz et Macé qu'il est impossible de l'affirmer avant l'intervention. Nos maîtres MM. Malherbe et Grosse ont pu poser fermement ce diagnostic par le simple examen clinique de leur malade ; il est vrai que la connaissance antérieurement acquise de l'existence d'un fibrome leur a été d'un très grand secours et il en sera de même toutes les fois où cette constatation pourra être faite à l'avance. Une douleur violente et subite, augmentée par la pression venant à se produire tout à coup au niveau du fibrome, oriente alors tout de suite le diagnostic, si surtout elle s'accompagne de symptômes de réaction péritonéale.

Cependant, même avec la notion antérieure de grossesse et de fibrome, le diagnostic n'est pas toujours

aisé. Témoin le cas de M. Lepage dont nous avons déjà parlé et dans lequel des symptômes douloureux et de réaction péritonéale graves ayant éclaté chez une femme qu'il savait être enceinte et posséder une tumeur fibreuse pédiculée, il pensa à la possibilité de la torsion de ce fibrome sans toutefois vouloir poser de diagnostic ferme.

Mais le plus souvent l'existence du fibromyome, n'est pas connue d'avance et quand le médecin est appelé à la suite des accidents douloureux qui ouvrent habituellement la scène au début, il ignore totalement si la femme présente un fibrome pédiculé de la matrice. Il se trouve alors en ce moment en présence d'une paroi abdominale qui se défend et qui laisse mal apprécier les limites de la tumeur et ses connexions avec l'utérus.

Du reste, l'état gravide de la matrice qui est ordinairement déjà connu, peut parfois contribuer à égarer le diagnostic.

On songera alors à l'*avortement* ou à l'accouchement prématuré et l'on prendra les douleurs de la torsion pour celles de coliques expulsives (observ. VIII). Mais cette méprise ne peut pas tenir longtemps devant un examen attentif. Le début de la douleur qui survient brusquement, sa localisation au moins au début limitée et la présence d'une tumeur arrondie juxtaposée à l'utérus suffiront le plus souvent pour éviter l'erreur.

La *rupture d'une grossesse extra-utérine* sera plus difficile à discerner d'un fibrome tordu coexistant avec une grossesse normale. Dans les deux cas on peut re-

trouver la même douleur syncopale ouvrant la scène, avec ses irradiations multiples. Dans les deux hypothèses, même facies pâle et tiré, même apparition de vomissements. Si l'on ajoute à cela que les accidents de torsion surviennent, comme la rupture du kyste fœtal dans la première moitié de la grossesse, et que dans l'un et l'autre cas tous les symptômes fonctionnels de la gravidité peuvent exister (suppression des règles, augmentation du volume du ventre et des seins, troubles digestifs, etc.), on comprend facilement l'embarras dans lequel pourra se trouver le clinicien (observ. V).

On songera avec d'autant plus de facilité à la rupture d'une grossesse ectopique que les signes fournis par l'examen physique de la malade pourront encore venir dans une certaine mesure corroborer cette hypothèse.

On sait que l'utérus s'hypertrophie pendant les deux ou trois premiers mois d'une grossesse extra-utérine au point d'atteindre le volume d'un utérus gravide de deux mois et demi à trois mois. Ce n'est donc pas le manque d'augmentation de volume de la matrice qui permettra d'éliminer le diagnostic de rupture d'un kyste fœtal si les accidents de torsion se sont produits avant le quatrième mois. Au contraire, à partir du cinquième mois de la gestation l'utérus présentera un volume suffisant pour qu'on puisse affirmer qu'il y a un œuf dans sa cavité. Or ce n'est que très exceptionnellement que coexistent une grossesse normale et une grossesse extra-utérine.

Le clinicien averti notera en outre l'absence de l'a-

baissement du cul-de-sac postérieur dans lequel il ne trouvera pas, par le toucher, la masse liquide plus ou moins fluctuante constituée par l'hématome.

Après anesthésie générale, le palper combiné au toucher fera percevoir une tumeur à contours nets et souvent légèrement mobilisable, au lieu du gâteau immobile, empâté, trouvé dans la rupture d'un grossesse ectopique.

Enfin la constatation de tous les signes d'une hémorragie interne (pâleur de la face, tendance à la syncope, etc.) jointe à l'absence au début des accidents, de métrorragie généralement suivie de l'expulsion de caduque et d'un écoulement persistant de caillots noirâtres feront incliner encore le diagnostic vers la torsion.

La torsion du pédicule d'un fibrome pendant la grossesse a pu faire croire parfois à des accidents dus à une *appendicite* qui n'existait pas.

Dans le cas qu'il observa, David (obs. V) discuta ce diagnostic et ce fut celui-là que Maygrier (obs. III) posa chez sa malade.

La douleur siégeait en effet dans la fosse iliaque droite où l'on constatait par le palper l'existence d'une tumeur douloureuse à la pression au point de produire une défense musculaire énergique.

La constipation opiniâtre, le météorisme du ventre, les vomissements bilieux, le facies pâle et tiré, la langue sèche achevaient de donner le change. Toutefois l'absence de fièvre, comme dans ce cas, la présence d'une tumeur mobile et non d'un empâtement mal li-

mité, les vomissements plus précoces doivent diriger le diagnostic vers la torsion pédiculaire.

Il faut reconnaître cependant que la contracture de défense de la paroi peut empêcher une exploration qui permettrait en outre d'apprécier si la tumeur a ou n'a pas les caractères d'un néoplasme juxta-utérin et surtout si elle coïncide ou non avec l'apparition brutale des accidents péritonéaux.

On a dit aussi que l'appendicite avait son siège au point de Mac-Burney ; c'est vrai, mais ce point est si mobile suivant les positions de l'appendice que sur cet unique signe il serait peut-être téméraire de se prononcer. Tout au plus pourrait-on dire que la douleur de l'appendicite perforante est plus localisée, moins irradiée que dans le cas de torsion.

Beaucoup plus facile à différencier de la torsion d'un d'un fibrome au cours de la grossesse seront les accidents de *l'occlusion intestinale*. Sans doute les deux affections s'accompagnent également de douleurs abdominales avec symptômes de réaction péritonéale, facies grippé, pouls filant, vomissements, météorisme ; mais dans l'étranglement interne le début présente rarement la même brusquerie ; la douleur syncopale du début fait souvent défaut, l'absence d'émission des matières et des gaz est absolue, les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes ; le météorisme est très vite considérable et l'on voit dès les premiers jours les anses intestinales « ramper sous la peau ».

L'erreur de diagnostic incontestablement la plus

souvent commise est celle qui consiste à prendre un fibrome pédiculé tordu pour un *kyste de l'ovaire* ayant subi également une torsion de son pédicule. Sur les sept observations de fibromes sous-séreux pédiculés tordus au cours de la grossesse que nous avons recueillies, cette erreur a été commise deux fois (observ. III et IV) ; deux fois également l'hésitation fut telle qu'on ne voulut pas se prononcer entre un kyste et un fibrome (observ. IV et VI).

C'est dire que le problème est souvent des plus épineux à résoudre avant l'ouverture de l'abdomen. La chose est du reste d'explication facile. Qu'on relise le tableau symptomatique des accidents de torsion du pédicule ovarique pendant la grossesse, il sera impossible de ne pas être frappé de voir de quelle façon ils sont presque en tout exactement superposables à ceux survenant du fait de la torsion du pédicule des fibromes gravidiques sous-péritonéaux.

Les uns et les autres surviennent dans la première moitié de la gestation. Au début, même douleur « en coup de poignard » s'irradiant aux lombes, aux cuisses, à l'épigastre ; mêmes phénomènes de réaction péritonéale, mêmes signes physiques faisant voir un ventre tendu et météorisé dessinant parfois les contours de l'utérus et de la tumeur. Dans bien des cas la palpation elle-même est incapable de renseigner, comme on pourrait le penser *a priori* sur la nature de la tumeur juxta-utérine en faisant connaître sa consistance. Même si la douleur et la contracture musculaire de défense engendrée par elle ne rendent pas sa délimitation

impossible cette constatation n'a qu'une bien faible valeur.

Nous avons vu, en effet, que souvent sous l'influence de la torsion de son pédicule et des oblitérations vasculaires plus ou moins complètes consécutives, le fibrome devenait parfois œdémateux et mou au point de présenter une pseudo-fluctuation capable d'en imposer pour une tumeur liquide enkystée (observ. III).

De fait en examinant les pièces retirées de l'abdomen les chirurgiens y ont constaté des points ramollis (observ. IV) ou bien même une consistance franchement fluctuante (observ. V).

En revanche certaines tumeurs kystiques de l'ovaire et tout particulièrement les kystes dermoïdes peuvent présenter au palper une consistance dure et fibreuse. Tel le cas signalé par Lepage et Mouchotte (1) où un kyste de l'ovaire tordu chez une femme à utérus gravide présentait une telle dureté fibromateuse que Lepage crut avoir affaire à un fibrome, diagnostic plus tard démenti par l'opération.

Les kystes de l'ovaire pédiculés à cause du lieu où ils prennent naissance présentent en général plus de mobilité que les fibromes à pédicule, mais le kyste du fait même qu'il vient à se tordre perd son indépendance, aussi ne sera-ce pas non plus sur ce signe qu'il faudra compter pour établir un diagnostic différentiel.

Il n'y a donc pas à se dissimuler la difficulté parfois

1. Lepage et Mouchotte. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906. Observ. VIII, p. 117.

insurmontable qu'il y a à discerner s'il s'agit d'un kyste ou d'un fibrome à pédicule tordu. Sans doute dans les deux cas, dès que les accidents prennent une allure sérieuse on doit intervenir, mais la laparotomie s'impose avec un caractère d'urgence beaucoup plus grand pour les kystes, lesquels aboutissent beaucoup plus rapidement à la nécrose et à la péritonite, que pour les fibromes. Voilà pouquoi il peut y avoir un intérêt clinique considérable à poser un diagnostic exact.

Dans certains cas on pourra arriver lorsque la paroi abdominale n'offre pas une trop grande résistance à reconnaître que l'on a affaire à un fibrome, parce que la tumeur changera de consistance et se durcira au moment des contractions utérines. C'est ce symptôme qui chez la malade de Lepage et Mouchotte avait fait incliner vers le diagnostic de fibrome sans toutefois amener une affirmation absolue.

Enfin, se souvenant que la torsion des fibromes pédiculés s'observe particulièrement chez les primipares âgées à l'encontre des kystes qui donnent surtout lieu à des accidents de torsion chez de jeunes multipares, l'âge avancé de la malade et sa primiparité devront en cas de doute faire pencher vers le fibrome.

Pour ce qui concerne le diagnostic des *torsions lentes*, si surtout on ignore l'existence antérieure d'un fibromyome utérin, il est extrêmement difficile à poser. Son seul symptôme réside souvent en effet en douleurs plus ou moins vagues dans le bas-ventre. On pense à une poussée plus ou moins fruste d'appendicite, à de

la salpingite ou à des coliques utérines et le diagnostic n'est posé que lorsque surviennent secondairement des accidents de torsion brusque avec tout son cortège symptomatique alarmant, ou bien encore, au cours de l'opération si une intervention a été décidée.

## CHAPITRE VI

### PRONOSTIC

Le pronostic de la torsion du pédicule des fibromes au cours de la grossesse est incontestablement toujours plus sérieux qu'en dehors de la gestation. Il emprunte à la présence du fœtus à l'intérieur de la cavité utérine une gravité particulière.

Tandis que des accidents de torsion légère se calmant promptement par le repos comportent en somme en dehors de l'état gravide un pronostic assez bénin, cette même torsion légère peut, chez la femme enceinte, provoquer des contractions utérines capables d'amener l'expulsion prématurée de l'œuf.

Lorsque la torsion du pédicule de la tumeur aura été d'emblée violente ou le sera devenue après une ou plusieurs « accalmies traîtresses », non seulement l'avortement sera à craindre, mais les jours de la femme pourront même être en danger. En pareil cas, le pronostic sera d'autant meilleur que l'intervention sera plus rapide. Actuellement d'ailleurs, grâce aux progrès réalisés

dans la technique opératoire et à la perfection de l'aseptie, les dangers de l'intervention sont considérablement diminués.

Turner, en ne tenant compte que de l'analyse des cas de myomectomie opérés de 1890 à 1900 pendant la grossesse qu'il a pu recueillir, arrive à la proportion de 9 0/0 de mortalité maternelle et de 21 0/0 de mortalité fœtale. Il en conclut qu' « à l'heure actuelle on peut et on doit espérer 19 bons résultats sur 20 ».

Cette proportion optimiste est atteinte et dépassée pour les myomectomies pratiquées pendant l'état gravide consécutivement à la torsion d'un fibrome pédiculé. La mortalité fœtale est abaissée dans les mêmes proportions grâce surtout aux injections hypodermiques de morphine qui, pratiquées systématiquement après l'opération ainsi que le conseille le Professeur Pinard, empêchent les contractions utérines et l'expulsion prématurée du fœtus.

Si l'on se reporte en effet, aux observations réunies par nous à la fin de cette thèse, on pourra constater que sur les sept malades opérées de myomectomie, six fois les résultats furent excellents tant au point de vue de la guérison de la femme que de l'évolution de la grossesse qui put continuer jusqu'à terme, sauf dans un cas où l'accouchement prématuré se produisit accidentellement au cours du huitième mois (observ. II).

Une seule fois, (observ. III) la malade fut prise sept jours après son opération d'une embolie et succomba après être accouchée d'un enfant vivant, mort depuis.

Il ne faut pas oublier toutefois, que toute intervention

sur un utérus aminci et fortement vascularisé du fait de sa gravidité peut entraîner la blessure de l'œuf ou causer une hémorragie en nappe incoercible surtout à redouter si la base d'implantation du pédicule est large. Ces deux complications peuvent obliger à transformer en hystérectomie la myomectomie commencée.

## CHAPITRE VII

### TRAITEMENT

Peut-on dans certains cas s'en tenir à un traitement purement médical de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux gravidiques ou bien doit-on d'emblée recourir à l'intervention chirurgicale ?

Dans les formes à torsion légère, alors que le diagnostic sera encore hésitant et les accidents bénins, on pourra tenter une thérapeutique médicale. Des compresses chaudes sur l'abdomen ou bien au contraire une vessie de glace (on aura soin d'interposer une flanelle entre elle et la peau) et surtout le repos absolu au lit en feront les principaux frais. La constipation, si elle existe, sera combattue par les laxatifs ordinaires (podophyllin, cascara, etc.). On calmera la douleur par des lavements au laudanum et à l'antipyrine et s'il le faut même par des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Par ces simples moyens médicaux M. Lepage a pu mener jusqu'à son terme une malade chez laquelle il

avait posé le diagnostic de fibrome à pédicule tordu et sous leur influence les accidents s'étaient tellement bien amendés chez la malade de MM. Malherbe et Grosse que la femme approchant du terme de sa grossesse, ils hésitaient à pratiquer l'intervention chirurgicale lorsque la malade s'étant levée la réapparition de légers phénomènes douloureux vint les y déterminer.

Néanmoins il ne faut pas ignorer que le traitement médical ne pourra le plus souvent n'être qu'une thérapeutique d'attente et en tous cas sera toujours une thérapeutique d'exception. Il ne faut pas oublier en outre qu'il sera de toute nécessité pour pouvoir y avoir recours que la femme puisse ou veuille bien accepter un repos prolongé au lit qui pourra être obligatoire jusqu'à la fin de sa grossesse. D'autre part il faudra qu'elle puisse être surveillée très étroitement pour avoir la possibilité d'intervenir rapidement et dans de bonnes conditions si subitement les symptômes devenaient menaçants.

Même après une accalmie survenue, comme dans le cas de MM. Malherbe et Grosse, l'intervention sera encore légitime. Il s'agit là trop souvent d' « accalmies trompeuses» et l'on s'expose en adoptant l'expectation trop prolongée à être obligé d'intervenir d'urgence sous la pression d'accidents graves et dans des conditions beaucoup moins favorables pour la mère et pour l'enfant.

L'intervention précoce semble du reste universellement admise à l'heure actuelle : « Chez toute femme enceinte chez laquelle il se produit une torsion d'une

tumeur au voisinage de l'utérus, dit le Professeur Pinard, qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, d'un hydrosalpinx ou d'un fibrome, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de la tumeur, car il est impossible de savoir si ces accidents de torsion n'amèneront pas des complications redoutables et n'obligeront pas à intervenir d'une manière un peu tardive et dans des conditions moins favorables que celles dans laquelle on aurait opéré plus tôt ».

L'intervention de choix consiste dans l'ablation simple du fibrome après ligature et section de son pédicule, en un mot, c'est la *myomectomie* dont nous avons vu à propos du pronostic la relative bénignité.

La femme est préparée avec les soins d'aseptie de rigueur pour toute laparotomie. Elle sera opérée dans la position horizontale, comme le conseille le Professeur Pinard pour les opérations sur l'utérus gravide, afin d'éviter autant que possible le déplacement et le tiraillement de l'utérus, car c'est souvent sous leur influence que se produisent ensuite les contractions utérines et l'expulsion prématurée du fœtus.

L'incision sera aussi petite que possible par crainte d'une éventration consécutive. L'ouverture de la cavité péritonéale et la mise à nu de la tumeur se continuent ensuite selon les règles opératoires ordinaires.

Pendant tout le cours de l'intervention on mobilisera l'utérus le moins possible pour éviter ses contractions. Dans le même but, on emploiera pendant l'opération uniquement de l'eau tiède ne dépassant pas 30° centigrades.

L'utérus étant à découvert on examine s'il n'existe

pas d'adhérences qu'il y ait nécessité de libérer. On procédera par décollement et rupture si elles sont lâches (observ. VI), par section et ligature si elles sont résistantes et vascularisées (observ. VI).

Il faut ensuite se rendre compte de la position et du volume de la tumeur. Son pédicule surtout dont la constitution est très variable devra attirer toute l'attention. Est-il mince et principalement constitué par la séreuse, on le sectionne aux ciseaux ou au thermocautère, puis après avoir fait un ou deux points de suture au catgut, on mobilise le péritoine au voisinage, pour le suturer par dessus le moignon. On peut employer pour cette dernière manœuvre la soie fine ou de préférence le catgut.

Mais le plus souvent, pour ne pas dire presque toujours, on tombera sur un pédicule plus ou moins épais constitué en outre de la séreuse par une notable partie musculeuse se continuant directement avec le tissu utérin. L'opération devient alors un peu plus difficultueuse. Une collerette péritonéale ou péritonéo-musculaire est taillée au bistouri à la base du fibrome et à la partie supérieure du pédicule. On cherche ensuite un plan de clivage permettant de décortiquer ou d'énucléer la tumeur. Si on n'en trouve pas, on sectionne au bistouri ou mieux au thermocautère le pédicule ; la cupule préalablement disséquée est alors suturée par un surjet au catgut par-dessus le moignon du pédicule.

Mais tout ne marche pas toujours d'une façon aussi simple. Parfois, en taillant la collerette péritonéale sur le pourtour du pédicule ou en faisant l'ablation du myome, le parenchyme utérin richement irrigué par le

liquide sanguin pendant l'état gravide est intéressé et déchiré ; il se produit alors une abondante hémorragie. Des sutures rapidement faites, un capitonnage soigné vivement exécuté, des attouchements au thermocautère arriveront le plus souvent à assurer l'hémostase. (Observ. III, IV, VI, VII et VIII.)

Cependant, il peut arriver que l'hémorragie soit abondante et incoercible au point de mettre les jours de la femme en danger : le tissu musculaire coupe alors sous les fils et se déchire par l'aiguille qui en plus, dans certains cas, pourra par son passage à travers un sinus venir accroître la perte de sang.

En pareil cas force est de pratiquer rapidement *l'hystérectomie* si l'on veut sauver la vie de la malade.

Du reste l'abondance de l'hémorragie n'est pas nécessaire pour que l'ablation de l'utérus et de l'œuf qu'il contient devienne obligatoire. Comme l'a dit M. Pozzi : « S'il s'agit seulement d'une hémorragie qui persiste même en petite quantité, il n'y a pas à hésiter, il faut enlever l'utérus. »

On devra également être prévenu de la possibilité d'autres complications pouvant nécessiter le sacrifice de l'organe ; nous voulons parler d'abord du cas où par suite de la myomectomie tentée la paroi utérine est tellement réduite qu'essayer sa suture est s'exposer à la rupture utérine, et ensuite de la blessure de l'œuf.

Ce dernier accident n'est guère à redouter dans les deux à trois premiers mois de la grossesse car à cette époque la paroi de l'utérus est hypertrophiée et d'une épaisseur plus grande qu'en dehors de l'état gravide.

Plus tard, au contraire, elle est amincie et les risques d'ouverture de la cavité utérine sont particulièrement augmentés pendant la myomectomie.

En outre lorsque la myomectomie ou la myoénucléation ne peuvent être obtenues qu'après de longues manipulations et des manœuvres compliquées exposant la malade à l'infection, le chirurgien sera également souvent obligé d'avoir recours à une opération mutilatrice.

Lorsque la torsion portera non plus sur le pédicule mais sur l'utérus gravide élongé lui-même, si la rotation est considérable et s'il est fixé en cette position par des adhérences nombreuses et résistantes, c'est souvent encore à l'hystérectomie abdominale que l'opérateur devra s'adresser. Toutefois Lepage, chez sa malade, a eu la satisfaction de pouvoir éviter cette intervention et de se borner à une simple myomectomie. Mais alors l'utérus tordu de seulement 90° revint spontanément à sa position normale dès qu'il fut libéré de son fibrome.

L'hystérectomie abdominale décidée, à quel procédé convient-il de s'arrêter ?

Elle pourra être totale soit subtotale ou supra-vaginale. La plus grande vascularisation de l'organe due à l'état gravide de l'utérus oblige à apporter un soin très minutieux à l'hémostase et là réside la principale difficulté de l'intervention. Les plus petits vaisseaux seront ligaturés et on aura soin pour éviter tout glissement de passer à l'aide d'une aiguille les principales ligatures.

Cette grande importance de l'hémostase rend le procédé Doyen inférieur pendant la gestation aux autres

qui pratiquent l'hémostase préventive en plaçant des pinces-clamps et des ligatures préalables sur les pédicules vasculaires. A ce point de vue, le procédé américain comme technique et comme résultat paraît le plus satisfaisant.

Quoi qu'il en soit, la paroi abdominale refermée par un triple plan de sutures, le chirurgien aura à remplir quelques soins post-opératoires. L'un, d'une imporportance capitale si l'on veut éviter l'avortement ou l'accouchement prématuré, est l'*injection systématique de morphine.* Après l'opération on injectera immédiatement 1 centigramme de chlorhydrate que l'on renouvellera une ou plusieurs fois suivant les besoins dans le courant de la journée.

Pendant les cinq ou six jours suivants on continuera quotidiennement ces injections préventives à doses décroissantes et fractionnées.

Il va sans dire qu'on se guidera pour recommencer plus fréquemment ou augmenter les doses sur l'apparition de coliques utérines douloureuses,

Une autre précaution qui pour moins importante que la précédente n'en est pas moins bonne à prendre consistera à placer sur le pansement un bandage légèrement compressif.

On s'est demandé à propos des myomectomies abdominales pendant la grossesse si la cicatrice utérine ne pouvait pas céder au moment de l'accouchement. A Solowieff qui souleva cette question à la *Société d'accouchement et de gynécologie de Moscou,* on fit observer que les cicatrices de l'opération césarienne avaient été

plusieurs fois recherchées et qu'elles étaient non seulement très solides mais étaient encore restées introuvables au microscope.

Claisse faisant l'examen histologique sur un utérus anciennement myomectisé présenté par Segond à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* fut dans l'impossibilité de retrouver la cicatrice.

Cependant il est peut-être plus prudent, surtout lorsque l'opération n'est pas très ancienne et comme l'ont fait Lepage et Mouchotte ainsi que Malherbe et Grosse, de recourir au forceps pour peu que le travail se prolonge.

# OBSERVATIONS

## A. — Fibromes sous-séreux a pédicule tordu pendant la grossesse.

### Observation I

(*James* Cappie, in *Edimburgh medical journal*, juillet 1874.)

*Cas de fibrome utérin compliquant la grossesse et entraînant la mort par torsion du pédicule* (1). (Communiqué à la *Société d'obstétrique d'Édimbourg* le 25 mars 1874.)

Le 7 juin dernier, de bonne heure dans la matinée, je visitai Mme G... qui se supposait être dans le quatrième mois de sa première grossesse. J'appris qu'elle souffrait légèrement depuis plusieurs jours; la veille elle avait été prise d'une douleur abdominale et s'était évanouie plusieurs fois. Pendant la nuit la douleur était devenue continue et violente avec sensation d'une grande tension de l'abdomen s'accompagnant de nausées et de vomissements.

(1) Notre beau-frère B. Hastings a bien voulu mettre à notre disposition sa connaissance approfondie de la langue anglaise pour la traduction de cette observation; nous tenons à l'en remercier bien cordialement ici.

Elle avait une expression anxieuse et ne pouvait reposer dans aucune position. Pas de fièvre.

L'abdomen était très ballonné et si sensible qu'il ne pouvait supporter la pression la plus légère. Je pus seulement me rendre compte que le ballonnement n'avait pas un caractère tympanique.

J'ordonnai des cataplasmes et administrai à la malade un calmant énergique.

Pendant cette journée elle fut un peu plus à l'aise, mais elle ne pouvait encore supporter aucune pression. Le lendemain matin, les nausées, l'absence de tout sommeil et l'anxiété continuèrent. Il y avait un léger écoulement sanguin du vagin, mais le col utérin n'avait aucune tendance à se dilater. La sensibilité avait suffisamment diminué depuis la veille pour permettre le palper abdominal et je trouvai alors que la cavité péritonéale entière était occupée par une tumeur de consistance ferme ressemblant à l'utérus au terme de la gestation.

En me renseignant j'appris que ni la malade ni aucune personne de son entourage n'avait le moindre soupçon qu'elle fût atteinte d'une tumeur interne, et comme je m'étais trouvé à soigner son mari pendant une attaque de fièvre typhoïde jusqu'au mois de mars ou d'avril précédent, je savais moi-même qu'à cette époque son apparence n'aurait conduit personne à supposer l'existence d'une tumeur. J'en arrivai donc à conclure que la masse abdominale était causée par une hémorragie interne.

Cette opinion semblait confirmée par cette circonstance que quelques semaines auparavant la malade était tombée lourdement en arrière en faisant une chute sur le plancher. Bien qu'elle ne se trouvât pas plus mal après l'accident, depuis ce moment elle était devenue rebelle à tout effort et sujette à des évanouissements.

Pendant quelque temps avant la visite que je lui fis, on avait remarqué qu'elle paraissait languissante, et se fatiguait facilement ; quand elle montait l'escalier, elle devait s'asseoir quelque temps pour se remettre ; mais ces symptômes avaient été attribués à son état de grossesse.

Antérieurement elle jouissait d'une santé excellente. Elle avait pu soigner son mari pendant toute la maladie dont je viens de parler.

La masse intra-abdominale n'était ni aussi dure ni si nodulée qu'on l'aurait supposée si l'utérus avait été rempli de caillots. Mais d'un autre côté je ne pouvais pas penser qu'une tumeur solide aurait pu pousser avec la rapidité d'un champignon comme dans le cas présent.

Je me déterminai donc à vider promptement l'utérus de son contenu. Comme je pouvais atteindre facilement le col utérin, je réussis à faire pénétrer l'extrémité des doigts dans son orifice et à le dilater suffisamment. Je rompis alors les membranes et donnai des doses répétées d'ergot de seigle.

Le fœtus fut expulsé le jour suivant et le placenta le suivit avec facilité aussitôt après. J'avais fait des préparatifs pour recevoir une grande quantité de caillots, mais l'hémorragie, s'il y en eut, fut moindre que dans un cas normal.

Le col montrait une tendance à se refermer et autant qu'on pouvait s'en rendre compte avec le doigt la cavité de l'utérus semblait bien vide.

Force me fut donc de modifier mon diagnostic et d'admettre la possibilité d'une tumeur. Cependant comme la malade était fortement épuisée, il était certain que pour le moment il n'y avait aucune autre intervention active à tenter.

Elle passa une nuit relativement bonne et le lendemain matin les symptômes les plus alarmants avaient disparu.

Comme le cas était exceptionnel et ne laissait pas d'être inquiétant quant à son issu, je priai le Dr Matthews Duncan de la voir avec moi. Il me confirma dans l'opinion de l'existence d'une tumeur utérine, mais son avis fut qu'il fallait différer, jusqu'à ce que la malade eût repris ses forces, toute tentative pour s'assurer de la nature exacte et de la position du néoplasme.

Bien que je me fusse trompé dans mon diagnostic, le résultat semblait prouver que le traitement avait été bon. La douleur se calma, le sommeil revint, les nausées et les vomissements cessèrent ; la tumeur aussi diminua de volume. Tout d'abord elle s'étendait sous les côtes de sorte qu'on ne pouvait en préciser les limites, mais quelques jours après elle diminua dans de telles proportions qu'on put alors la délimiter.

La malade resta dans cet état de faiblesse, mais sans souffrir, jusqu'au 24 du même mois et alors les nausées et les vomissements reprirent, la douleur aussi réapparut. Le jour suivant ces symptômes devinrent alarmants. La malade n'avait plus de repos et son expression était inquiète et hagarde. Quelques pilules d'opium que je lui prescrivis n'apportèrent aucun soulagement. Dans l'après-midi les douleurs devinrent une véritable torture ; la malade n'avait plus un moment de paix ; elle souffrait d'une soif ardente, mais l'estomac rejetait immédiatement tout ce qui était avalé.

Dans cette situation critique, comme elle avait déjà pris plusieurs pilules d'opium je me crus autorisé à la placer sous l'influence du chloroforme. Il sembla qu'elle en ressentait un grand soulagement et lorsqu'elle reprit conscience elle demanda d'au-

tre chloroforme avec une insistance si digne de pitié que l'on continua à en user.

Elle mourut dans la soirée du 26, ayant été maintenue sous l'influence de l'anesthésique pendant la plus grande partie des trente dernières heures de sa vie.

Autopsie. — L'autopsie, difficilement obtenue et pratiquée dans les conditions les plus incommodes, fut dirigée par le Dr Harris trente-six heures après la mort. Le Dr Matthews Ducan y assistait également.

Lorsqu'on pénétra dans la cavité péritonéale une grande quantité de gaz fétides s'échappa avec bruit. Les intestins étaient météorisés ; le grand épiploon qui couvrait la tumeur était par endroit presque noir mais ne présentait pas de signes bien apparents d'inflammation si ce n'est des adhérences légères avec la partie supérieure de la tumeur utérine.

Il n'y avait pas de liquide dans la cavité péritonéale et on n'y découvrit non plus ni sérosité ni pus.

La partie inférieure de l'abdomen était remplie par une tumeur presque globulaire qui lorsqu'on la mesura ensuite se trouva avoir vingt-quatre pouces de circonférence. Elle était d'un brun sombre presque noir et semblait sphacélée. Pour déterminer son point d'attache on la souleva avec soin et le Dr Duncan remarqua alors que le pédicule par lequel elle était attachée près de l'angle supérieur droit de l'utérus, s'était tordu. Pour examiner plus minutieusement encore cette disposition on détacha le fond de l'utérus en prenant bien soin de conserver le rapport relatif des parties. On put après se rendre compte facilement de la torsion du pédicule. On vit alors que ce dernier était tordu d'un tour et demi de spire et que cette torsion s'était effectuée *de gauche à droite.*

Le pédicule était moins gros que le petit doigt ; il semblait formé de vaisseaux et de péritoine.

Quand la tumeur fut sectionnée on découvrit que c'était un fibrome sous-péritonéal. Sa coupe avait uniformément et d'un bout à l'autre une couleur de chair rouge foncée. On vit de l'air sortir de sa surface en petites bulles nombreuses.

L'utérus lui-même semblait sain.

### Observation II

(Maygrier, *Bulletin de la Société d'obstétrique* de Paris, 21 février 1901.)

*Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à six mois de grossesse. — Accidents graves simulant une appendicite. —Opération, guérison et continuation de la grossesse.*

Le 21 janvier 1901, j'étais appelé chez Mme P..., primipare, 30 ans, enceinte d'un peu plus de six mois, dont la grossesse évoluait normalement. Elle souffrait depuis la veille d'une douleur localisée au côté droit du ventre, revenant par crises qui augmentaient graduellement d'intensité. Je constatai immédiatement que l'utérus n'était pas en jeu et qu'il ne s'agissait nullement de menaces d'accouchement prématuré. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, et était exagérée par la pression. En ce point, je constatai par le palper l'existence d'une tumeur, un peu mobile, occupant une étendue de trois à quatre travers de doigt et paraissant siéger dans le cœcum ; toutefois, l'exploration en était trop douloureuse pour permettre d'apprécier nettement ses caractères. La malade accusait une constipation opiniâtre, habituelle d'ailleurs, car elle restait parfois huit jours

sans aller à la garde-robe. Son état général était satisfaisant ; pas de température. Je me bornai à prescrire une médication calmante et je lui conseillai, pensant à de la typhlite et à des coliques appendiculaires, de faire venir son médecin habituel.

Le lendemain, 22 janvier, celui-ci constata que la douleur avait persisté et s'était même accrue ; quelques vomissements glaireux, puis verdâtres, étaient survenus. Il songea à une appendicite et prescrivit de grands lavages de l'intestin, qui ramenèrent des selles dures, peu abondantes.

Le 23 janvier, au matin, nous vîmes la malade ensemble. La douleur persistait ; la tuméfaction était la même dans la fosse iliaque. Le ventre commençait à se ballonner, et les anses intestinales se dessinaient au-dessus de l'utérus.

Les vomissements avaient augmenté de fréquence et étaient franchement verts. Bien que le pouls fût resté normal, ainsi que la température, l'état général était inquiétant : facies pâle, traits tirés, langue sèche, anorexie complète, constipation persistante. En présence de ces symptômes de péritonisme et songeant toujours à de l'appendicite, nous eûmes le soir du même jour une consultation avec M. le Dr Bouilly. Son impression fut la même que la nôtre. Le siège de la douleur, la constipation, le ballonnement du ventre et les vomissements semblaient bien caractéristiques. Toutefois, quelques réserves furent faites, en raison de l'absence de fièvre et de la persistance d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque.

Malgré tout, les phénomènes de péritonisme et d'obstruction intestinale et la gravité que comporte le pronostic d'une appendicite possible chez une femme enceinte commandaient une intervention.

Cette intervention eut lieu le lendemain, 24 janvier. Une

incision, pratiquée au-dessus de l'arcade crurale droite et parallèlement à elle, mit à découvert le péritoine épaissi et soulevé par une tumeur libre de toute adhérence. Dès que la séreuse fut incisée, cette tumeur vint faire saillie dans la plaie.

C'était un fibrome sous-péritonéal, du volume d'une orange un peu aplatie, et dont le pédicule était tordu sur lui-même. La tumeur était d'un rouge livide très vascularisée à sa surface. L'ablation en fut faite et le ventre refermé.

Les suites de ces opérations furent très simples. Les phénomènes graves des jours précédents disparurent comme par enchantement.

Des garde-robes abondantes furent facilement obtenues à l'aide de lavements. Il n'y eut pas la moindre contraction utérine douloureuse et les battements du cœur fœtal ne furent en rien modifiés.

Au bout d'un mois, l'opérée étant sur pied, fut prise accidentellement, à la suite d'une indigestion, de coliques utérines, et toutes mes tentatives pour empêcher un accouchement prématuré (repos, laudanum, morphine) restèrent infructueuses. Elle mit au monde un petit garçon de sept mois et demi environ, pesant 1.780 grammes, très vivace, qui fut mis en couveuse et qui semble devoir bien s'élever (1).

En recherchant dans la littérature médicale des faits analogues à celui dont je viens de vous entretenir, je n'ai trouvé que

1. M. le Dr Ch. Maygrier, à qui nous avons demandé quelques renseignements complémentaires sur cette observation, a bien voulu nous donner les détails suivants : 1° la torsion du fibrome s'était faite *dans le sens des aiguilles d'une montre* ; 2° l'enfant vit actuellement. (Note de MM. Lepage et Mouchotte in *Annales de gynécologie*, 1906.)

la mention suivante, dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Jarca, sur l'appendicite pendant la grossesse (1894) : « Dans quelques cas de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome sous-péritonéal, la torsion du pédicule pourrait donner naissance à des symptômes faisant croire à une appendicite. » Mais je n'ai pu rencontrer aucune observation de ce genre relativement à la torsion d'un fibrome.

Ce fait m'a paru intéressant à relater, à cause de sa rareté et aussi comme un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel de la torsion du pédicule de certaines tumeurs abdominales avec l'appendicite.

Le fibrome avait un pédicule très court. Il était presque sessile et siégeait sur le bord droit du corps de l'utérus.

### Observation III

(Routier in *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 11 novembre 1901).

Le 31 juillet 1901, je fus mandé auprès d'une primipare de 26 ans, enceinte depuis février, et qui subitement, le 25 juillet d'abord, le 29 ensuite, avait eu de violentes crises de douleurs dans le flanc droit.

Il suffisait de regarder pour voir que le ventre était anormalement développé et bilobé; la partie à gauche de la ligne médiane était rénitente, fluctuante, se contractait sous la main, et on y percevait les mouvements du fœtus : c'était l'utérus gravide. A droite, au contraire, le ventre, beaucoup plus gros était d'une sensibilité telle qu'on ne pouvait y toucher; cette tuméfaction uniforme remontait sous le foie. La température avait

monté à 38°2 et le pouls à 120. Il y avait eu quelques vomissements; la malade était en état nauséeux et la douleur était extrême.

Je pensai à un kyste tordu compliquant la grossesse. Le lendemain matin, j'endormis la malade; quand la sensibilité fut abolie et que je pus palper le ventre, je fus frappé de la dureté de la tumeur.

Opération. — C'était un fibrome de 3.350 grammes tordu de 3/4 de spire *dans le sens des aiguilles d'une montre*, sur un pédicule de 6 centimètres de long sur 15 millimètres de large. Il était implanté sur le segment droit de l'utérus. Je pinçai le pédicule par deux clamps, j'excisai le fibrome en laissant une collerette suffisante pour faire une bonne suture en deux plans ; un sinus fut cependant ouvert qui demanda deux ou trois points de suture complémentaires.

Tout paraissait devoir se passer très simplement et le 6 août je croyais la partie gagnée quand le 7, vers deux heures, elle fut prise de douleurs expulsives: elle accoucha d'un enfant vivant, mort depuis, et mourut subitement peu après, certainement par embolie. L'autopsie n'a pu être faite.

## Observation IV

(MM. Ribemont-Dessaignes et Grosse).

(In *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 14 *mars* 1904.)

Mme A. L.., âgée de 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité de Beaujon, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes.

Aucun antécédent héréditaire ou pathologique notable.

Père mort à 58 ans, il y a deux ans, de congestion pulmonaire. Mère âgée de 58 ans, bien portante. Sept frères et sœurs également bien portants. Deux autres enfants morts en bas âge du croup et de convulsions.

La malade a été atteinte de diphtérie, puis d'érysipèle à la face en 1889. En dehors de ces deux affections elle n'a jamais été malade. Réglée à 13 ans ; les règles ont toujours été régulières, jamais de pertes blanches, jamais de fausse couche.

Mariée depuis sept mois, elle est enceinte pour la première fois ; les dernières règles ont eu lieu du 24 au 26 janvier.

Depuis le début de sa grossesse cette femme, bien qu'ayant une santé satisfaisante, vomit tous les matins un liquide verdâtre, bilieux, assez abondant. Elle a remarqué que son ventre grossissait beaucoup depuis quelques semaines.

Le lundi 1er juin, dans la matinée, la malade qui jamais n'a souffert du ventre antérieurement est prise brusquement d'une violente douleur abdominale qui l'oblige à s'aliter. Les douleurs persistent toute la journée et toute la nuit.

Le mardi 2 juin, elle fait appeler un médecin qui ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le mercredi, constatant qu'il n'y a aucune amélioration, le médecin traitant conseille à la malade de se faire transporter à la Maternité de Beaujon où elle entre à 5 heures du soir.

Nous l'examinons immédiatement.

Par le palper abdominal nous constatons l'existence d'un utérus gravide de quatre mois, remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur occupant toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur, très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche où elle se dessine sous la paroi abdominale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus.

Cette tumeur est accolée à l'utérus, mais nettement distincte de lui.

A son niveau le palper le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale, tandis qu'au niveau de l'utérus, à droite, il est peu sensible et facile à pratiquer. Le toucher combiné au palper montre un col utérin conique, ramolli. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative.

La malade n'a pas perdu de sang et n'a pas expulsé de débris membraneux.

Pas de vomissements. L'état général est bon. Pouls un peu rapide à 115, mais bien frappé. Température : 37°4. Langue humide.

*Diagnostic.* — Grossesse de quatre mois compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome utérin à pédicule tordu.

*Traitement.* — Glace sur le ventre, morphine.

Jeudi 4 juin. — Pouls à 112. Température : 37°2. Douleurs toujours très vives au niveau de la tumeur.

En présence de symptômes de torsion du pédicule que présente la tumeur, M. Ribemont-Dessaignes décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un fibrome pédiculé de l'utérus, implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est refoulé à droite, en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion exagéré qui porte vers la droite sa face antérieure.

La tumeur, d'aspect réniforme, appuie sur l'utérus par ses

deux extrémités ; du hile de la tumeur part un pédicule court qui s'implante sur l'utérus. Ce pédicule ne *présente qu'un très léger mouvement de torsion, mais il est fortement étiré*, ce qui explique les symptômes d'étranglement observés.

A la surface de la tumeur on voit de nombreuses arborisations vasculaires partant toutes du pédicule de la tumeur en divergeant en éventail sur sa face antérieure.

Le pédicule du fibrome, du diamètre d'une pièce de 2 francs, est sectionné au bistouri. Le tissu utérin saigne assez abondamment en nappe. L'hémostase est faite à l'aide du thermocautère puis par un capitonnage au catgut de la plaie utérine dont les deux bords sont rapprochés de façon à accoler leur surface péritonéale.

Fermeture du ventre sans drainage.

*Examen de la pièce.* — Le fibrome, du poids de 510 grammes, est réniforme, dur. A la coupe le tissu de la tumeur est pâle, anémié. Au niveau d'une de ses extrémités, il présente à son centre une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

*Suites opératoires* très simples. La malade fut soumise à l'action de la morphine pendant trois jours. Il n'y eut aucune menace d'avortement. Elle se leva le vingt-et-unième jour et quitta la Maternité le 7 juillet.

Le jour de son départ on constate que l'utérus a augmenté de volume depuis l'opération; il dépasse l'ombilic de un à deux travers de doigt et mesure 18 centimètres au-dessus du pubis.

Par l'auscultation, on n'arrive pas à entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit très nettement les mouvements actifs. La femme de son côté déclare qu'elle sent très bien remuer son enfant.

La femme a été revue plusieurs fois à la consultation depuis sa sortie de la Maternité. La grossesse a évolué normalement sans aucun trouble, et l'accouchement a eu lieu le 7 novembre de la façon la plus simple. Présentation du sommet en O.I.G.A. La femme est entrée à la salle de travail à 8 h. 3/4 du soir avec une dilatation de 50 centimes. Les contractions ont été régulières et très énergiques, à 1 h. 1/2 du matin la dilatation était complète et à 2 h. 20 la femme accouchait d'une fille vivante pesant 3.150 grammes. La délivrance eut lieu sans aucune difficulté et actuellement cette femme est dans un état aussi satisfaisant que possible.

### Observation V

(David et Peyrot, in *Semaine gynécologique*, 6 mars 1906.)

Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvillers, le 25 janvier 1905, parce qu'elle souffre du ventre depuis déjà plusieurs jours.

Rien n'est à retenir dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort cardiaque, sa mère vit encore et paraît jouir d'une bonne santé.

Les règles sont apparues à l'âge de 11 ans, elles ont toujours été régulières, peu abondantes et légèrement douloureuses.

Elle devint grosse pour la première fois en octobre 1904, les dernières règles ayant eu lieu du 17 au 20 octobre. Dix jours, avant son entrée à l'hôpital, le 16 janvier 1905, en rentrant, le soir à 6 heures, du bureau de poste où elle est employée, elle est prise brusquement de douleurs vives, presque continues, siégeant dans la fosse iliaque du côté droit et s'irradiant à tout

l'abdomen. La nuit est très mauvaise, Les douleurs sont si violentes, si déchirantes, qu'elles obligent la malade à se tenir assise sur son lit, courbée en deux, le tronc fléchi sur les cuisses. Pas de vomissements.

Le 17, dans le courant de la journée, les phénomènes douloureux s'amendent si bien que le 18 au matin la malade peut se rendre à son travail, marchant il est vrai difficilement et souffrant toujours un peu.

Le 19, même état ; même état encore le 20 et le 21. Mais le 22, les douleurs reprennent de plus belle et sont d'une telle intensité que la malade ne peut pas se lever. Toujours pas de vomissements.

Un médecin est appelé, examine la jeune femme porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et ordonne le repos au lit avec vessie de glace sur le ventre. Malgré ce traitement, la malade continue à souffrir sans répit et c'est toujours très nettement à droite, au niveau de la fosse iliaque et de la région sous-ombilicale, que la douleur est la plus accentuée, de là elle s'irradie en tous sens ; cet état persiste deux jours, les 23 et 24 janvier.

Enfin le 25, souffrant toujours, ne constatant aucune amélioration dans son état, la malade demande elle-même qu'on la transporte à l'hôpital.

Elle entre donc le 25 au soir à Lariboisière, salle Denonvillers, lit n° 37. Le lendemain, 26 janvier, nous procédons à son examen.

*Examen.* — Nous constatons d'une façon très manifeste une voussure au niveau de la fosse iliaque. Le ventre est tendu et douloureux, la paroi se défend énergiquement et nous empêche d'apprécier d'une façon très exacte les limites de la tuméfaction.

La percussion et la palpation exaspèrent la douleur et excitent la contraction musculaire et ce n'est qu'avec peine et difficulté que nous pouvons procéder à l'examen de ce ventre qui se défend.

Nous arrivons cependant par le toucher vaginal et le palper combinés, à délimiter l'utérus qui est gros comme un utérus de trois mois et dépasse le pubis de cinq à six travers de doigts, et à percevoir une tumeur paraissant indépendante de cet organe et située à sa droite. Le pôle supérieur de cette tumeur dépasse en haut l'ombilic et atteint en dedans la ligne médiane. Elle paraît arrondie et ne semble pas présenter la consistance particulière des fibromes.

L'état général n'est pas mauvais.

La température est peu élevée: 37°8 le soir ; 37°2 le matin.

Le pouls bat à 100.

La langue est humide.

*Diagnostic.* — On pense à une grossesse ectopique et la possibilité d'une appendicite est même discutée. Mais notre maître, le Dr Peyrot, à qui nous présentons la malade, s'arrête au diagnostic de kyste ovarique avec pédicule tordu au cours d'une grossesse et conseille l'intervention.

Opération. — Le lendemain, 27 janvier, avec M. Souligoux, nous pratiquons la laparotomie. Incision abdominale sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, nous constatons une certaine quantité de sang épanché, provenant de la rupture de quelques adhérences au cours des examens répétés subis par la malade depuis son entrée et nous tombons sur une tumeur fibreuse arrondie, du volume de trois poings environ, présentant quelques adhérences intestinales et épiploïques lâches et s'insérant sur la corne utérine du côté droit, au-dessus et en avant de la trompe.

Le pédicule, de la grosseur du petit doigt, est très court, il mesure à peine 2 centimètres de haut. Il est tordu sur lui-même d'un tour presque complet *dans le sens des aiguilles d'une montre*. La tumeur est franchement fluctuante, nous avons affaire à un fibrome ramolli, œdémateux, du fait de sa torsion. Entre une pince et une ligature au catgut, le pédicule est sectionné au thermocautère et on referme le ventre sans enfouir le petit moignon et sans drainer.

Injections de morphine, lavements laudanisés.

*Suites opératoires.* — Elles furent des plus simples. Le dixième jour après l'intervention les fils étaient enlevés et trois semaimaines plus tard notre opérée quittait l'hôpital en excellent état. Nous l'avons revue un mois et demi après sa sortie du service, elle avait repris ses occupations et sa grossesse continuait à évoluer d'une façon normale.

Depuis nous ne savons ce qu'elle est devenue, et nous ne possédons aucun renseignement ni sur les derniers mois de sa grossesse ni sur son accouchement.

## Observation VI

(Lepage et Mouchotte, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906).

Mme X..., 28 ans, devient grosse pour la première fois en décembre 1904, les dernières règles ayant eu lieu du 2 au 6 décembre. Mme X... était mariée depuis trois ans et s'expose dès cette époque à la fécondation.

Les règles sont apparues à l'âge de 14 ans ; elles ont toujours été régulières, non douloureuses, d'une durée de quatre jours. Elles se sont modifiées quelques mois avant la grossesse : leur

abondance était plus grande et elles étaient accompagnées de quelques caillots.

Au début de *février* 1905 au deuxième mois de la grossesse et à l'époque correspondant à la menstruation, des douleurs vives, intermittentes, généralisées à tout le ventre, ayant le caractère de coliques, se manifestèrent subitement sans autre symptôme concomitant. A la consultation de l'hôpital Cochin, où se rendit la malade, on ordonna des lavements laudanisés. Les douleurs disparurent et en dehors des vomissements, qui du reste dataient du commencement de la grossesse, rien d'anormal ne se passa jusqu'au début de mars.

Au début de mars, également à l'époque correspondant à la menstruation, apparurent quelques petites douleurs abdominales, beaucoup moins intenses qu'en février ; mais par contre la malade eut un étourdissement, il s'en fallut de peut, dit-elle, qu'elle n'eût une véritable syncope. Vers le milieu du mois, elle remarqua que son ventre était soulevé de côté droit par une bosse arrondie, qui s'accrut sensiblement.

*Le* 3 *avril*, au retour d'une courte promenade, elle éprouva de nouveau une douleur abdominale intense ; elle dut s'aliter. Cette fois la douleur était nettement localisée à droite, au niveau de la fosse iliaque et de la région sous-ombilicale, douleur toujours intermittente, accrue par la pression et le mouvement, atténuée par l'immobilité de la nuit. Par moment elle s'exaspérait et s'accompagnait alors d'une hyperesthésie cutanée qui rendait insupportable même le simple contact des draps. Puis les phénomènes douloureux s'amendèrent et la malade se leva.

Mais *le* 14 *avril*, vers 7 heures du matin, quelques minutes après le lever, la douleur subite reparut au niveau de l'ombilic, au niveau de la « bosse » abdominale ; elle fut si violente que la

malade poussa un cri et s'affaissa sur une chaise. On coucha la malade immédiatement. La douleur persista cinq heures sans arrêt. La malade lui attribuait ces caractères: « Tantôt en coups d'aiguilles, tantôt déchirante, donnant une sensation d'arrachement des entrailles. » Le Dr Viardot prescrivit des lavements laudanisés et le repos absolu. A midi la douleur cessa et le calme se prolongea pendant vingt-quatre heures.

*Le* 15 *avril*, vers midi, alors que la malade était au lit, une nouvelle crise douloureuse se produisit, encore plus violente que la précédente. Les douleurs se répétèrent tout l'après-midi, séparées par de courtes et rares périodes de répit.

*Examen.* — Le Dr Mouchotte, appelé, vit la malade le soir à 11 heures. Il fit, avec le Dr Viardot, les constatations suivantes:

Le ventre est tendu et douloureux, la paroi abdominale se défend à droite. La palpation est extrêmement pénible pour la malade. Malgré les difficultés du palper, on peut délimiter à droite de l'utérus gravide (dont le fond est voisin de la ligne ombilicale) une *tumeur arrondie dure et tendue.* Cette tumeur, qui occupe une partie du flanc droit, fait corps avec l'utérus, paraît s'insérer sur son bord droit et sur la corne droite.

La douleur excessive que réveillent la palpation et l'indocilité de la malade empêche de faire un examen plus approfondi. Les Drs Mouchotte et Viardot pensent être en présence d'une torsion de tumeur (kyste ovarique ou fibrome) ou peut-être du malformation utérine, une corne très développée renfermant un produit de conception, malformation à évolution assimilable à celle d'une grossesse ectopique. Le toucher ne révèle rien d'anormal. La température n'est pas élevée, mais le pouls bat à 120. Le Dr Mouchotte conseille de pratiquer, dès le lende-

main matin, une laparotomie et de se comporter suivant les circonstances.

Une demi-heure après cet examen, les douleurs cessent complètement. La malade repose. Le lendemain, 16 avril, la difficulté de trouver une ambulance et la persistance de l'*accalmie* font différer l'opération par l'entourage.

*Le* 17 *avril.* — A 11 heures du matin, la malade est amenée à l'hôpital de la Pitié, dans le service du Dr Lepage. Elle n'a pas souffert depuis le 15 avril au soir.

A l'arrivée, M. Lepage constate ce qui suit :

Le ventre est assez tendu, un peu volumineux et irrégulier. Du côté droit, au niveau et au-dessous de l'ombilic, la paroi abdominale est soulevée en une saillie arrondie. Au palper on délimite, sur la ligne médiane et à gauche, l'utérus gravide dont le fond remonte à 15 centimètres au-dessus de la symphyse ; à la droite de l'utérus, correspondant à la saillie abdominale, une tumeur arrondie, lisse, régulière, *très dure*, remontant jusqu'aux fausses côtes, dont la partie la plus élevée est distante de 21 centimètres de la symphyse. Cette tumeur, séparée en haut du fond utérin, par un sillon, fait plus bas corps avec l'utérus et se déplace avec lui, quoique d'une façon fort limitée. Elle se meut sous la paroi abdominale ; elle semble avoir le volume d'un poing moyen. La palpation superficielle n'est pas douloureuse, mais la pression réveille la souffrance ainsi que les tentatives de mobilisation. Le toucher est pénible à la malade ; le cul-de-sac est dur et tendu ; on ne peut apprécier les rapports de la tumeur avec lui, par suite de l'indocilité de la femme. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit nettement avec le stéthoscope les mouvements actifs du fœtus.

*Diagnostic.* — En pratiquant le palper, M. Lepage sent la tumeur se contracter en même temps que l'utérus. Il porte le diagnostic de fibrome utérin vraisemblablement tordu.

La température est normale ; le pouls est à 88.

Le 18, l'accalmie persiste. La malade est préparée pour l'intervention.

Opération. — Le 19 avril, M. Mouchotte pratique la laparotomie avec l'aide de M. Lepage. Incision abdominale médiane, dont les deux tiers supérieurs sont sus-ombilicaux et le tiers inférieur sous-ombilical. On arrive sur une tumeur fibreuse arrondie, insérée sur la corne droite de l'utérus. Cette tumeur est extériorisée. Elle est légèrement pédiculée. Le pédicule est très large. Il est inséré sur le fond utérin, la corne droite et la partie la plus externe de la face antérieure de l'utérus, immédiatement en avant du ligament large correspondant ; il est tordu d'un demi-tour d'arrière en avant, *dans le sens des aiguilles d'une montre.* La tumeur, qui remonte sous les fosses côtes *a entraîné dans son mouvement de torsion l'utérus,* dont le bord droit est légèrement antérieur. Sur le fond de la tumeur adhère une grosse bride épiploïque, congestionnée, large comme deux doigts. Cette bride est sectionnée après ligature au catgut. Une collerette péritonéo-musculaire est taillée au bistouri, à la base de la tumeur et à la partie supérieure du pédicule ; le plan du clivage est cherché et trouvé ; la tumeur est décortiquée et énucléée ; la cupule pédiculaire, qui reste après énucléation, est suturée par un surjet au catgut. Il ne s'écoule que relativement peu de sang. Des points séparés au catgut achèvent l'affrontement et l'hémostase. Un petit fibrome du volume d'une noisette, inséré en plein parenchyme utérin au voisinage du pédicule, est enlevé. L'ablation donne lieu à un saignement

la paroi abdominale retentit douloureusement au niveau du fibrome.

Pas de vomissements, pas de température, langue humide.

*Traitement.* — Compresses chaudes sur l'abdomen.

11 (*matin*). — La malade a énormément souffert pendant la nuit. Elle se plaint de ressentir au niveau du fibrome une sensation de tortillement, de tiraillement très pénible.

Les douleurs sont exagérées par le moindre mouvement de la malade, la plus légère palpation de l'abdomen. La position la moins douloureuse pour la malade est la position couchée sur l'un des côtés, les jambes légèrement fléchies. Le décubitus dorsal ne peut être supporté en raison de la pression exercée par les muscles grands droits sur le fibrome sous-ombilical.

La malade présente un aspect fatigué, les traits sont tirés, les yeux cernés. Pas de vomissements, langue humide, T. : 36°8. P. : 112.

Au toucher vaginal, le col utérin est complètement fermé, aucun écoulement de sang ou de glaires. Le segment inférieur de l'utérus présente une tension plus considérable que normalement, néanmoins il n'y a pas de contractions utérines douloureuses et il ne semble pas y avoir de menace d'accouchement prématuré.

*Traitement.* — Compresses chaudes, injection de 1 centigramme de morphine, immobilité absolue au lit.

*Le soir*, la malade souffre moins, mais cependant elle est agitée, anxieuse. P.: 92. T. : 37°2. Nouvelle injection de morphine.

12. — Sensible amélioration. La malade a pu dormir une partie de la nuit. La douleur spontanée a complètement disparu, mais le palper est toujours douloureux au niveau du fibrome sous-ombilical.

La malade commence à pouvoir faire sans douleur quelques mouvements dans son lit. P. : 96. T. : 37° à quatre heures du soir.

13. — La malade va beaucoup mieux ; elle peut se tourner, se remuer dans son lit ; le palper abdominal est indolore, cependant la palpation et la mobilisation du fibrome sont encore pénibles quoique supportables.

15. — Les phénomènes de torsion du pédicule sont complètement calmés, néanmois la malade garde encore le repos au lit.

*Les jours suivants.* — Très bon état de santé ; cependant la malade est reprise de douleurs dès qu'elle veut marcher et recommencer ses occupations habituelles. Dans ces conditions nous décidons d'intervenir le plus tôt possible.

21 *mars.* — Opération. — Anesthésie partielle à la scopolamine morphine une heure et demie avant l'opération. L'anesthésie est complétée et entretenue au chloroforme au moment de l'opération.

*Laparotomie.* — Dans le voisinage du fibrome on remarque quelques adhérences péritonéales lâches reliant la paroi antérieure de l'utérus à l'épiploon et à la paroi abdominale. Le fibrome, du volume d'une petite mandarine, aplati, presque sessile est implanté sur l'utérus par un pédicule court et épais. Le pédicule du fibrome a subi un léger *mouvement de torsion de gauche à droite* en même temps que le tissu utérin sur lequel est implantée la tumeur a subi un *véritable étirement* qui allonge artificiellement le pédicule. Une collerette péritonéale est circonscrite autour du pédicule du fibrome et la tumeur facilement énuclée, mais la surface d'implantation saigne abondamment en nappe ; le tissu utérin déchire sous les pinces, sous les fils qu'on essaie de placer sur les vaisseaux les plus importants. L'hémostase n'est obtenue qu'avec peine à l'aide de la com-

pression et d'un capitonnage à la soie de la surface saignante au-devant de laquelle on applique l'extrémité inférieure de l'épiploon.

Fermeture du ventre par trois plans de suture.

Après l'opération on fit à la malade une injection d'un centigramme de morphine à 3 heures de l'après-midi, et une seconde de un demi-centigramme à 11 heures du soir. La malade reste assoupie, soumise à l'action de la scopolamine la plus grande partie de l'après-midi.

*Suites opératoires.*— Les plus simples; pendant cinq jours on fit quotidiennement à la malade des injections préventives de morphine à dose décroissante. Les fils furent enlevés le neuvième jours; il n'y eut aucune menace d'avortement la malade quitta la maison de santé le 4 avril; la grossesse continua sans encombre jusqu'à terme.

22 *mai.* — Accouchement. — Dans la matinée, la femme a quelques légères douleurs accompagnées de l'expulsion de glaires. Au toucher on constate un col effacé sans trace de dilatation.

Présentation du sommet en O I D P ; la tête est située à la partie supérieure de l'excavation.

Les douleurs cessent complètement et ne réapparaissent que dans l'après-midi vers 4 heures.

A 4 h.3/4, douleurs régulières, peu fréquentes et peu intenses. Dilatation de 2 francs. Tête engagée à fond dans l'excavation en O.I.D.P.

A 5 heures, les douleurs deviennent plus fortes et plus rapprochées.

A 5 h. 1/2, rupture spontanée des membranes ; dilatation complète. La femme fait quelques efforts d'expulsion, mais sans aucun résultat utile ; la paroi abdominale, affaiblie par le premier

accouchement et relâchée, se laisse distendre à chaque contraction et la tête ne progresse pas.

Voyant que les efforts d'expulsion restent sans effet et ne voulant pas par crainte d'une éventration consécutive, laisser se distendre la cicatrice abdominale chez cette femme récemment opérée, nous terminons rapidement par une application de forceps.

L'enfant, du sexe masculin, crie aussitôt sa naissance et pèse 3.310 grammes.

Les suites de couches furent simples; l'enfant nourri au sein par la mère s'éleva avec la plus grande facilité. A noter que, le lendemain de sa naissance on remarqua au niveau des pariétaux l'existence d'un double céphalématome qui disparut progressivement en trois à quatre semaines.

Nous avons revu depuis la mère et l'enfant qui sont l'un et l'autre en excellente santé.

### B. — Torsion de l'utérus fibromateux gravide.

#### Observation VIII

(Lepage, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906.)

Mme X..., âgée de 27 ans, entre à la Maternité de la Pitié le 1er août 1902.

Rien d'important dans les antécédents héréditaires.

Cette femme n'a jamais été malade; elle a été réglée à l'âge de 12 ans; les règles sont régulières, quelquefois douloureuses; elles durent en moyenne quatre jours et sont toujours abondantes.

Elle s'est mariée en janvier 1901, à l'âge de 26 ans: les règles

ont continué à être normales (c'est-à-dire abondantes, régulières et sans caillots) jusqu'au 1er avril 1902. A cette époque, les règles apparaissent pour la dernière fois (du 1er au 4 avril); depuis cette époque la femme n'a pas perdu de sang.

Quelques semaines après, la malade voit son ventre grossir un peu, surtout du côté gauche. Elle ne souffre pas du ventre.

Le 13 juillet 1902, elle tombe sur les genoux en descendant d'omnibus. Elle présente encore une ecchymose au genou droit. Jusqu'au 28 juillet, elle ne ressent rien dans le ventre; elle souffre un peu d'un genou et continue à vaquer à ses occupations fatigantes de vendeuse de grand magasin.

Le 28 juillet, jour de vente spéciale, elle se fatigue beaucoup, elle rentre chez elle avec quelques douleurs dans le ventre.

Dans la nuit elle se réveille avec une douleur violente dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Une sage-femme est appelée pour menace d'avortement; elle constate une tumeur dans la fosse iliaque et pense à une grossesse extra-utérine.

Elle fait demander un médecin du voisinage qui en présence des douleurs violentes qu'éprouve la femme dans la région hypogastrique, juge utile d'appeler le Dr Lepage en consultation.

Celui-ci voit la malade le 30 juillet et obtient les renseignements suivants:

Depuis la cessation des règles, la malade se croyait enceinte, elle avait peu d'appétit, des envies de vomir, mais pas de vomissements.

La malade dit que ses seins ont grossi et durci.

*État le 30 juillet.* — Ventre augmenté de volume. A la vue, on aperçoit à droite dans la fosse iliaque une saillie arrondie, atteignant presque la ligne médiane.

Au palper, masse arrondie, très dure, non douloureuse à la pression, remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant presque la fosse iliaque droite. Quand on cherche à la mobiliser, on provoque une légère douleur. Elle paraît libre du côté de la ligne médiane et par en haut. Mais la partie qui plonge en bas et en dedans vers la fosse iliaque, paraît fixée, et les essais de mobilisation en ce point sont douloureux. La tumeur est un peu inégale, présente quelques légères saillies ; elle paraît franchement dure et fluctuante.

A gauche dans la fosse iliaque M. Lepage sent une masse moins ferme et plus régulière, ne dépassant que peu la branche horizontale du pubis. Elle semble indépendante de la tumeur et paraît être l'utérus.

Le toucher, pratiqué à droite de la malade, permet de constater que la tumeur gauche remplit une grande partie de l'excavation. Le col de l'utérus se trouve situé en avant et à droite de la ligne médiane.

En pratiquant le toucher et le palper combinés du côté gauche de la malade, on a les mêmes sensations, c'est-à-dire que la tumeur située dans la fosse iliaque droite paraît légèrement mobile.

M. Lepage pense qu'il s'agit d'une grossesse utérine avec utérus en rétroversion et que la tumeur juxta-utérine est, soit un corps fibreux, soit un kyste dermoïde de l'ovaire. Contre le kyste dermoïde, il y a l'élévation et la mobilité de la tumeur en même temps que sa consistance ferme et son irrégularité.

La femme a beaucoup souffert depuis quelques jours ; comme elle ne paraît pas décidée à garder le repos au lit prolongé, il est décidé qu'elle sera transportée à la Pitié.

2 *août.* — En examinant à nouveau cette femme et en prati-

quant le toucher du côté droit, M. Lepage a des sensations un peu différentes de celles obtenues lors du premier examen ; il lui semble que la tumeur accessible au palper à droite, se prolonge vers la gauche avec la tumeur constituée par l'utérus gravide.

La femme continuant à souffrir et désirant mener sa grossesse à bien, l'intervention est décidée.

L'opération est pratiquée le 3 août par le Dr Lepage avec l'aide du Dr Potocki et de M. Chevé, interne du service.

Incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ. La cavité péritonéale ouverte, on constate la présence d'une tumeur de coloration blanchâtre, de consistance ferme, mobile, située à droite. Cette tumeur est sessile sur une autre tumeur très vascularisée, qui n'est autre que l'utérus.

La tumeur fibromateuse est amenée facilement hors de la cavité abdominale. Un clamp courbe est placé au niveau d'un pédicule très large. La base d'implantation a 4 centimètres environ de diamètre. L'*utérus est tordu sur son axe de gauche à droite*, la face antérieure regardant directement à droite, entraînée dans cette attitude par la tumeur qui s'y implante. Trois fils de soie sont placés sur le pédicule qui se trouve situé sur la face antérieure de l'utérus, à 3 centimètres environ au-dessous de son fond.

Au-dessous du pédicule, le tissu utérin se trouve déchiré et donne lieu à une hémorragie continue, assez abondante. Plusieurs pinces sont mises sur les vaisseaux qui saignent. Les tissus très friables se déchirent ; quatre ligatures au catgut. L'hémorragie ne s'arrête qu'après un surjet au catgut et plusieurs points séparés.

A un moment donné, la plaie utérine qui était facilement accessible ne l'est plus guère.

L'utérus, qui avait subi un mouvement de rotation très accusé de gauche à droite et d'arrière en avant par suite de l'implantation de la tumeur s'est détordu.

Suture de la paroi abdominale en trois plans avec drainage.

La tumeur enlevée a la forme d'un ovoïde allongé, avec une extrémité un peu plus volumineuse; de coloration blanchâtre, de consistance très ferme, elle présente quelques bosselures séparées par des sillons peu profonds, elle est parcourue par quelques vaisseaux. Elle pèse 700 grammes. Son diamètre longitudinal maximun est de 17 centimètres. Son diamètre transversal maximum est de 10 centimètres. Ses circonférences sont, suivant le grand diamètre, de 38 centimètres et, suivant le petit diamètre, de 28 centimètres.

4 *août.* — Premier pansement. La plaie a bon aspect. M. Lepage retire la mèche abdominale, resserre le fil d'attente. Injection de morphine de 1 centimètre cube par vingt-quatre heures.

6 *août.* — La malade a eu quelques nausées, pas de vomissements, des gaz, mais pas de selles. Les quelques douleurs abdominales ressenties les deux premiers jours n'ont pas reparu. Sommeil agité. Cauchemars. Lavement évacuateur. La malade commence à s'alimenter (lait, bouillon). Les suites opératoires furent simples; la plaie se réunit par première intention. La malade quitte la Pitié en bon état le 26 août.

La grossesse continua sans incident, sauf un peu de difficulté pour uriner les dernières semaines de la grossesse. La femme put reprendre ses occupations. Elle est accouchée en ville, le 26 décembre, à 3 h. 40 du soir, d'une fille pesant 3 kilogrammes environ. Le travail dura treize heures et la période d'expulsion une heure. La rupture des membranes fut faite artificiellement à la

dilatation complète. La femme n'a pas allaité, en étant empêchée par ses occupations. L'enfant pesait : 4 kgr. 260 le 27 janvier, 5 kgr. 150 le 10 février, 5 kgr. 570 le 24 février et 6 kilogrammes le 10 mars.

Le retour de couches eut lieu, très abondant, le 2 février.

**Observation IX** (Prof. Nicolas Ivanoff).

(in *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris,* 11 mars 1907)

Le 15 janvier 1906 entre à l'hôpital d'Orloff, à Moscou, une femme se plaignant de douleurs vives dans le ventre. Depuis sept ans, elle avait remarqué l'existence d'une tumeur.

Pendant les dernières années, cette tumeur avait le volume d'une tête d'adulte, sans que la malade en souffrît d'une manière particulière.

Depuis trois semaines, la tumeur aurait augmenté à vue d'œil et si rapidement que la malade a de la peine à respirer. En même temps paraissaient des douleurs très vives dans le ventre, qui empêchaient cette femme de vaquer à ses occupations ; le séjour au lit même lui était pénible.

Cette femme, âgée de 24 ans est nullipare. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 15 ans; les règles reviennent toutes les trois semaines, durent cinq jours et ne sont pas douloureuses.

Cette femme s'est mariée au mois de mai de 1905 ; ses dernières règles ont eu lieu le 12 novembre.

C'est une femme maigre, de petite taille, présentant des signes généraux d'épuisement (décoloration de la peau et des muqueu-

ses). Les battements du cœur sont faibles; le foie, la rate et les reins paraissent normaux. L'abdomen présente les dimensions de celui d'une femme qui est au dernier mois de sa grossesse ; on sent une tumeur qui a le volume d'un utérus gravide à terme.

A la percussion, sonorité de chaque côté au-dessus de cette tumeur; le fond de l'utérus est à mi-hauteur de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. La consistance de la tumeur est molle, élastique, elle rappelle celle d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde; il existe une fluctuation profonde dans toute la tumeur, surtout au niveau de sa partie supérieure.

Au toucher, le cul-de-sac de Douglas fait saillie : il est rempli par une masse assez molle, unie étroitement à la tumeur, ou peut-être indépendante d'elle. Le col est dévié en avant, son ouverture regarde en bas. Il est dur, non augmenté de volume. Il remonte en haut, derrière la symphyse; le corps de la matrice ne peut être palpé à part.

Dans les culs-de-sac latéraux, on sent des pulsations. Par l'auscultation on ne trouve pas les battements du cœur fœtal, pas de bruit de soufle maternel.

Par le palper, on ne sent ni partie fœtale, ni mouvements actifs d'un fœtus.

Ces constatations conduisent au diagnostic suivant:

La femme a une tumeur qui ressemble à un kyste de l'ovaire.

Il y a trois semaines, cette tumeur a subi un changement qui fait penser à la torsion du pédicule. Le kyste a notablement grossi et s'est développé rapidement en provoquant de vives douleurs. En outre, il y a lieu de penser qu'il existe une grossesse de deux mois. L'existence de la tumeur abdominale, son rapide développement, les fortes douleurs qu'elle occasionne, l'épuisement progressif de la malade, tout indique l'urgence qu'il

y a à ne pas différer l'intervention et l'ablation de la tumeur. D'ailleurs, ces signes indiquent que la grossesse a peu de chances de continuer et d'arriver à terme. De plus, l'intervention paraît d'autant plus indiquée qu'il est impossible d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une dégénérescence maligne de la tumeur.

Opération. — Incision abdominale de 20 centimètres au niveau de la ligne blanche. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un verre de liquide séreux. La tumeur apparaît au niveau de l'incision : à sa surface on aperçoit des tumeurs kystiques remplies d'un liquide séreux et qui donnent l'aspect d'un kyste multiloculaire.

Le diagnostic de kyste semble à ce moment confirmé.

En s'orientant, on ne parvient pas à trouver l'utérus. L'incision est alors agrandie, et la tumeur dégagée de ses adhérences, est plus facile à explorer.

Cette tumeur est tordue de 180 degrés autour de son axe. On détord de suite la tumeur. En l'examinant, on constate que de chaque côté d'elle se trouvent un ovaire et une trompe : d'où la conclusion qu'il ne s'agit pas d'un kyste, mais bien de l'utérus.

En examinant la pièce, on constate que *le pédicule de torsion est constitué par le col de l'utérus, allongé, tordu de droite à gauche*, de telle sorte que le bord droit de la tumeur s'était d'abord déplacé en avant, puis avait atteint le côté gauche, et en même temps que l'ovaire droit et la trompe droite se trouvaient à gauche, et, inversement, l'ovaire gauche et la trompe gauche se trouvaient à droite.

Du côté gauche de la tumeur, à sa partie inférieure, on trouve des excroissances du volume d'une grosse orange.

Le diagnostic étant encore incertain, on cherche à le compléter. Pour cela on fait une incision à la surface de la tumeur :

cette première incision légère donne lieu à un écoulement sanguin veineux abondant, qui ressemble à celui qu'on observe lorsqu'on sectionne la paroi utérine dans l'opération césarienne, de telle sorte qu'à un moment nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une grossesse près du terme, développée dans une corne d'un utérus bicorne.

Le doigt introduit par l'incision sent les tissus infiltrés du fibrome. L'utérus gravide est tellement adhérent à la tumeur fibreuse et s'étalait sur une telle étendue qu'on ne put songer à enlever le fibrome seul en conservant l'utérus gravide. On pratique donc l'ablation du fibrome et de l'utérus, on fait la ligature des ligaments larges, des artères utérines — qui sont très développées — ainsi que des veines présentant un développement considérable. On sépare la vessie du col utérin très allongé ; amputation supra-vaginale. La trompe droite est enlevée en même temps que l'utérus ; l'ovaire droit est laissé en place. Péritonisation, suture de la plaie abdominale.

Après l'intervention, température de 38°5 ; faiblesse du cœur ; pouls : 130 à 140. Cinq jours après l'opération, la malade succombe de paralysie cardiaque malgré les traitements employés.

*Examen de la pièce.* — Après écoulement du liquide, la tumeur est diminuée de volume et change de forme : elle ressemble à une boule de la grosseur d'un melon d'eau de très grande dimension. Son poids est de sept kilogrammes. A la partie inférieure de la tumeur, à gauche, se trouvent les excroissances signalées plus haut : c'est le corps de la matrice contenant un œuf avec un fœtus de trois mois. Du côté droit de la tumeur se trouvent les annexes : l'ovaire est atteint de dégénérescence kystique ; la trompe, très allongée, se dirige en arrière vers la matrice. A l'examen microscopique, on constate que la

tumeur est constituée par du fibromyome ; le péritoine est soulevé par places par des tumeurs remplies d'un contenu séreux. Quelques-unes de ces tumeurs, de la grosseur d'une noix, sont des parties du kyste de l'ovaire.

## CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

I. — Les fibromes sous-séreux pédiculés de l'utérus peuvent subir des accidents de torsion de leur pédicule pendant la grossesse.

Parfois, mais beaucoup plus rarement, le mouvement de torsion porte non sur le fibrome mais sur l'utérus fibromateux lui-même tordu sur son axe.

II. — Les accidents de torsion des fibromes pédiculés s'observent presque toujours au cours de la première grossesse et chez des femmes devenues tardivement enceintes.

Ils se produisent le plus souvent du troisième au sixième mois de la grossesse.

III. — Le fond de l'utérus et la partie avoisinante de sa face antérieure, ses bords latéraux et surtout les cornes utérines constituent les points d'implantation les plus fréquents des fibromes gravidiques à pédicule tordu.

Le pédicule des fibromes tordus est le plus souvent court et épais.

IV. — La torsion du pédicule des fibromes se produit dans le sens des aiguilles d'une montre.

Il y a parfois, combiné à la torsion du pédicule, un degré plus ou moins prononcé d'étirement de ce pédicule qui augmente et aggrave les effets de la torsion.

V. — La torsion du pédicule des fibromes utérins peut être :

*a*). — Lente et légère, elle est alors le plus souvent méconnue.

*b*). — Brusque et violente, donnant lieu à des accidents rapidement menaçants pour la vie de la femme.

*c*). — Se produire par poussées successives et de gravité variable, une poussée aiguë accompagnée d'accidents redoutables pouvant inopinément succéder à une ou plusieurs poussées d'allure bénigne.

VI. — Le diagnostic de la torsion du pédicule des fibromes utérins n'est pas toujours facile à établir.

En présence d'une tumeur qui accuse des phénomènes de torsion il est souvent difficile de préciser quelle est la nature de cette tumeur. C'est surtout entre les kystes de l'ovaire et les fibromes que le diagnostic reste hésitant ; il ne pourra parfois être élucidé qu'au cours même de l'intervention.

VII. — L'ablation des fibromes s'impose en présence d'accidents graves et lorsque les accidents viennent à se reproduire après une première poussée quand bien même celle-ci eût été d'allure bénigne.

VIII. — Au cours de l'opération on s'efforcera de con-

server la malade en position horizontale ; on s'abstiendra autant que possible de malaxer ou de déplacer l'utérus.

Après l'intervention on aura soin de soumettre pendant plusieurs jours la femme à des injections sous-cutanées de morphine. Ces précautions ont une grande importance pour éviter l'avortement consécutif à l'opération.

IX. — L'opération sera le plus souvent conservatrice. Ce n'est qu'au cas où la myomectomie serait impossible ou en présence de complications opératoires redoutables qu'on serait autorisé à pratiquer l'hystérectomie.

X. — Après l'ablation du fibrome la grossesse évolue le plus souvent jusqu'à terme ; l'avortement et l'accouchement prématuré sont l'exception.

---

Vu : le Président de thèse
PINARD

Vu : le Doyen.
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Bernard. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. *Thèse de Bordeaux*, 1903, n° 158.

Berniolle. — Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1906.

Berti. — Fibroma sotto-seroso pedunculato. *N. Clinica di Bologna*, 1889-1890, p. 163.

Boursier. — De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. *Congrès de chirurgie*, 1905 (séance du 3 octobre), p. 321 et *Bulletin médical*, 1905, n° 82, p. 959.

Cario. — Torsion du pédicule des tumeurs ovariques. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XL, p. 461.

Condamin. — Myomectomie sur utérus gravide. *Lyon médical*, 7 janvier 1904 et *Presse médicale*, 1904, p. 88.

Courty. — Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. *Paris*, 1872, p. 885 et 941.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique générale, *Paris* 1856.

Cappie James. — Case of Fibroid of the Uterus complicating Pregnancy and proving fatal by torsion of the Pédicle *Edimburgh medical Journal*, July 1874, vol. XX, part. I, p. 10.

Cappie James. — *Obstetric journal of Great Britain*, II, p. 303.

Dartigues. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. *Thèse de Paris* 1901, n° 385.

David. — Fibromes multiples de l'utérus. Torsion d'un fibrome sous-péritonéal. *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, mars 1905, p. 225.

— Torsion des fibromes au cours de la grossesse. *Semaine gynécologique*, 6 mars 1905, p. 73.

Delaunay. — Fibrome sous-péritonéal pédiculé à pédicule tordu et kyste de l'ovaire. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, déc. 1896, p. 907.

Faure J.-L. — Sur un cas de torsion de l'utérus. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 1903 (séance du 12 octobre), p. 150.

Ferroni Ersilio. — *Annali di ostetricia e gynecologia*, 1899, p. 342.

Ferry. — Volumineux fibrome pédiculé du fond de l'utérus avec torsion du pédicule et de l'utérus. *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1904. (séance du 6 mai), p. 426.

Freund. — Du mécanisme normal et anormal de la torsion des tumeurs ovariques en voie d'accroissement. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XXXIV, p. 61.

Friedel Pick. — Ueber ein Fall von mehrfacher Achsendrehung des Uterus bein Myom des Fundus. *Prager medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 19.

Gross. — Note sur un cas de fibrome utérin pédiculé et douloureux. *Mémoire à la Société de Médecine de Nancy*, 1889-1891, p. 1.

Grosse. — Les grossesses compliquées de fibromes. Indication de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail. *Thèse de Paris*, 1902.

Homans. — Cas extraordinaire de torsion de l'utérus qui servait de pédicule à un gros fibrome datant de plusieurs années, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1892, t. XXXVIII, p. 229.

IMBERT. — Quelques considérations sur la rotation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. *Nouveau Montpellier médical*, janvier-juin 1892, t. I, p. 85.

IVANOFF NICOLAS. — Torsion d'un utérus fibromateux gravide. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pædiatrie*, 11 mars 1907, p. 75.

— *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1907 p. 311.

KIDD. — Report of the Dublin path. Soc., 4 décembre 1869. In *Dublin journ. of. med. sci.*, 1870, v. 4, p. 198.

KŒBERLÉ. — Manuel opératoire de l'ovariotomie annoté par le Dr Taule, Paris, 1873, p. 23.

— Mémoire à l'Académie de médecine, 1863, t. XXVI,

KÜSTNER. — Régularité dans le sens de la spire de torsion des pédicules tordus des tumeurs ovariques, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XL, p. 462.

LAWSON-TAIT. — *Transactions of the obstetrical Society London*, 1880, p. 86.

LEPAGE ET MOUCHOTTE. — De la torsion des fibromes au cours de la grossesse. *Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 12 octobre 1903, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906, p. 99-120.

MACÉ. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1897.

MALHERBE ET GROSSE. — Fibrome à pédicule tordu pendant la grossesse. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 14 janvier 1907

MÄYGRIER. — Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à six mois de grossesse. Accidents graves simulant l'appendicite. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1901. (Séance du 21 février), p. 81.

MERMET. — *Bulletin de la Société anatomique*, juin et décembre 1906.

MOULS. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Thèse de Paris*, 1890.

PICINI. — *Annali di ostreticia di Milano*, feb. 1892.

PINARD. — Des fibromyomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1905, p. 1.

PLANQUE. — Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. *Thèse de Paris*, 1897.

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris 1890. Masson édit., p. 229.

RIBEMONT-DESSAIGNES ET GROSSE. — Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. Symptômes de torsion du pédicule. Ablation du fibrome et continuation de la grossesse. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 14 mars 1904.

ROKITANSKY. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, 1842, Bd. III, p. 547.

ROUTIER. — Intervention pour fibromes compliquant la grossesse. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1902, t. XXVIII (séance du 16 avril), p. 453.

— *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 1901 (séance du 11 novembre), p. 225.

SCHWARTZ. — Fibrome sous-péritonéal de l'utérus à pédicule tordu. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 4 mai 1900.

— *Académie de médecine*, décembre 1896.

STRATZ. — Myomectomie pendant la grossesse, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906, p. 124.

TEISSIER. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpuéralité. *Thèse de Paris*, 1902.

TERRILLON. — Myomes de l'utérus pédiculés et douloureux. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1889 (séance du 6 février), p. 117.

TREUB. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1894, t. XXI.

TURNER. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. *Thèse de Paris*, 1900.

VARNIER. — Hystérectomie supra-abdominale pour fibrome compliquant une grossesse de trois mois et demi. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 13 mai 1901.

— *Annales de gynécologie de* février 1897.

VERCOUTRE. — Étude sur le phénomène de la torsion du pédicule des appendices normaux et pathologiques de la cavité abdominale. *Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires*, t. XXXV. Paris, 1879.

WIART ET DARÉ. — Fibrome utérin tordu. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1902 (séance du 11 juillet).

WIRCHOW. — *Traité des tumeurs*, t. III, p. 349 et 166.

WOERTZ. — De la torsion de l'utérus in *Revue de chirurgie abdominale*, 1901, p. 298.

## TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| **Introduction** | 9 |
| Chapitre I. — Causes de la torsion | 12 |
| Chapitre II. — Degré, sens de la torsion | 25 |
| Chapitre III. — Modifications et altérations du fibrome dues à la torsion de son pédicule | 30 |
| Chapitre IV. — Symptomatologie | 37 |
| Chapitre V. — Diagnostic | 47 |
| Chapitre VI. — Pronostic | 56 |
| Chapitre VII. — Traitement | 59 |
| **Observations** | 67 |
| Conclusions | 103 |
| **Index bibliographique** | 107 |


Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris